FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894 — 1895 N° 74.

DRAINAGE DE L'UTÉRUS

PROCÉDÉS LES PLUS USUELS

DESCRIPTION D'UN PROCÉDÉ NOUVEAU

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 1895

PAR

Jean-Marie-James-Junior VITRAC

ANCIEN INTENE DES HOPITAUX

MEMBRE LAURÉAT ET ANCIEN SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Né le 1er Mars 1871, à Libourne (Gironde)

Examinateurs de la Thèse..	MM. LANELONGUE	professeur,	*Président*
	MOUSSOUS	professeur,	*Juges*
	RIVIÈRE	agrégé	*Juges*
	CHAMBRELENT	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894 — 1895 N° 74.

DRAINAGE DE L'UTÉRUS

PROCÉDÉS LES PLUS USUELS

DESCRIPTION D'UN PROCÉDÉ NOUVEAU

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 1895

PAR

Jean-Marie-James-Junior VITRAC

ANCIEN INTENE DES HOPITAUX

MEMBRE LAURÉAT ET ANCIEN SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Né le 1er Mars 1871, à Libourne (Gironde)

Examinateurs de la Thèse..	MM. LANELONGUE	professeur,	*Président*
	MOUSSOUS	professeur,	*Juges*
	RIVIÈRE	agrégé	
	CHAMBRELENT	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	N.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS
		Zoologie	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions emises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR E. VITRAC

A MON PÈRE LE DOCTEUR E. VITRAC

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL DE LIBOURNE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR COYNE

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE. — PROFESSEUR

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

L'année que nous avons passée comme interne dans le service de M. le Professeur Lanelongue nous a donné l'occasion de voir souvent pratiquer le drainage de l'utérus ; la nouveauté de la méthode employée, l'intérêt des résultats obtenus, le grand nombre d'observations que nous avons pu réunir dans peu de temps, nous ont engagé à choisir pour sujet de thèse l'étude de cette question.

A part trois thèses de Paris qui traitent du reste, uniquement de procédés spéciaux, aucun travail d'ensemble n'avait été fait sur le drainage utérin. Cependant les publications isolées sont des plus nombreuses, et dans la bibliographie éparse, nous nous excusons d'avoir pu omettre quelque point intéressant.

En voulant bien accepter la présidence de cette thèse, M. le Professeur Lanelongue ajoute encore à la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée depuis que nous avons été son interne. Nous le prions d'agréer l'assurance de notre bien respectueuse gratitude.

Nous sommes heureux de la direction que M. le Professeur

Coyne a donnée à nos études médicales depuis plus de deux ans ; nous avons trouvé auprès de lui, avec des conseils éclairés une précieuse amitié : qu'il soit assuré de notre affectueux dévouement.

En quittant le service de M. le Professeur Arnozan dont les circonstances nous ont permis d'apprécier la rare bonté, nous emportons de ses exemples et de ses leçons les plus utiles et plus agréables souvenirs.

MM. les Professeurs Demons et Picot qui ont été nos premiers maîtres dans les hôpitaux nous ont maintes fois prouvé qu'ils n'oubliaient pas leur ancien élève ; nous devons à leur constante bienveillance l'hommage de notre vive reconnaissance.

Merci à notre excellent camarade G. Fieux qui a bien voulu faire pour nous quelques dessins ; merci à ceux dont l'aide ou les conseils nous ont été utiles dans la rédaction de ce travail.

Merci, surtout, à tous ceux qui nous ont accordé leur sympathie pendant le cours de nos études médicales.

INTRODUCTION

Faire le drainage de l'utérus, c'est placer dans sa cavité un corps quelconque destiné à maintenir libres les voies d'excrétion de l'organe, et à favoriser l'écoulement des sécrétions par capillarité où à la façon d'un tube creux. L'action du drainage est, sans doute, bien plus complexe encore ; mais elle est aussi différente de celle des pessaires intra-utérins, des crayons médicamenteux, et des dilatateurs.

Chacune de ces méthodes, considérée séparément présente des caractères qui lui sont propres, et qui n'ont rien de commun avec le « drainage » proprement dit. Par contre, certains procédés que nous décrirons agissent à la fois comme drains, comme redresseurs, comme agents topiques directs etc..... Il était donc malaisé de limiter notre sujet, et nous avons dû étudier des procédés mixtes tel que le drainage à la gaze iodoformée et le « tamponnement » de Vulliet ; incidemment nous avons parlé des pessaires intra-utérins, tandis que nous avons complètement laissé de côté la question des crayons médicamenteux et celle de la dilatation simple avec les laminaires, les bougies d'Hégar, etc.

Nous aurions voulu également ne parler que du drainage permanent, mais c'était nous exposer à faire bien incomplète l'étude de quelques méthodes dont usent diversement des chirurgiens différents : par exemple les mêmes tubes de caoutchouc qui sont par les uns placés à demeure dans l'utérus pendant des mois entiers, sont par d'autres laissés pendant quelques heures à peine : nous était-il possible, en omettant les seconds de ne parler que des premiers ?

Ce travail est divisé en trois parties :

Première Partie. — Un premier chapitre comprend l'historique du drainage de l'utérus ; il a été fait aussi succinct que possible afin d'éviter les répétitions et les surcharges inutiles de noms ; le second chapitre est réservé à l'étude des divers procédés de drainage parmi lesquels nous insisterons sur les plus répandus et les plus recommandables.

Deuxième Partie. — Le chapitre I contient la description de l'appareil et du manuel opératoire adoptés par M. le Professeur Lanelongue ; le chapitre II contient les observations, le chapitre III leur analyse statistique et critique ; dans le chapitre IV on trouvera diverses modifications apportées à l'emploi des tiges en aluminium — et un résumé.

Troisième Partie. — Elle est divisée en deux chapitres dont le premier comprend l'étude du mode d'action du drainage, et le second, celle des indications et contre-indications. Un dernier paragraphe renferme sous forme de conclusions quelques considérations sur le drainage en général, son utilité, ses résultats, et ses meilleurs procédés.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Sans doute, l'idée de drainer la cavité utérine était implicitement ajoutée pour beaucoup de gynécologistes à celle de redresser des courbures vicieuses par l'emploi des pessaires intra-utérins. Mais c'est en vain qu'on chercherait dans leurs publications cette idée nettement formulée et mise à profit comme moyen de traitement ; peut-être faut-il faire exception pour Coghlan (1) qui, dès 1861 décrivit un tube formé par une lame de plomb qu'il enroulait, et qu'il introduisait ainsi dans la matrice sur une pince à branches divergentes ; en écartant les branches on augmentait le calibre du tube. Cet instrument était déjà plus qu'un redresseur.

En réalité, il faut aller jusqu'en 1876 pour voir le drainage

(1) Coghlan. — *Médical Times a Gaz.* T. I. « on dysménorrhea a. Sterility .»

utérin entrer en ligne à côté des autres moyens thérapeutiques usités en gynécologie. Wylie (1) raconte que dès cette année, un de ses maîtres, Balls de New-York, proposa de drainer l'utérus après le curettage ; il faisait suivre, en effet, cette opération d'un tamponnement à la gaze afin de prévenir l'engorgement par les caillots et les sécrétions. A New-York également, et la même année, Sims (2) fit aussi du tamponnement qu'il abandonna (1877) bientôt pour avoir recours à un tube de verre.

Jusqu'en 1889 cependant, l'emploi du drainage resta peu répandu en Amérique ; puis sous l'influence de Polk (3) ce mode de traitement fut mieux étudié et rapidement connu.

En 1890, devant la Société obstétricale de New-York, la question du drainage était défendue par Wylie contre des contradicteurs encore nombreux et deux ans après Polk (4) semblait ne plus trouver d'adversaires pour combattre le drainage à la gaze iodoformée dont il s'était fait le champion. Les articles ou communications de Garrigues (5), Waldo (6), Murray (7), de New-York, Sprigg (8), de Washington, Strong (9), de Boston, Riddle Goffe (10), de Richmond, Montgoméry (11),

---

(1) Wylie. — (American Journal of Obstetrics. — Janvier 1890).

(2) Cité par Wylie (*Am. Jour.* — Uterus drainage — page 441. 1892).

(3) Polk (W. M). — *Transact. of the obst. Society*. New-York — (1889-1890.) in *Amer Jour. Obst.* 1890, p. 90. — *Medical-Record* N.-York. 1892 . xii. 49.

(4) Polk (*Trans. of the N.-York State Medical Society*, février 1892. *In am. J. Obost*)

(5) Garrigues (*american Journ. of obst.* Janvier 1892, p. 61.

(6) Waldo (*Ibid.* p. 343. Tr. de l'endométrite).

(7) Murray (*Ibid.* p. 246).

(8) Sprigg (*Trans. of Obst. et gynec.* Soc. of Washington, in *am. Jour. of Obst* 1892. p. 857).

(9) Strong (*Boston Med. et Surg. Journal.* Tr. des Salpingites. 17 mars 1892).

(10) Riddle Goffe (*Virginia Medical Monthly*. Richmond. xix p. 457. Septembre 1892).

(11) Montgomery (*Medical News-Philddelphia.* 9 avril 1892. p. 404.

et Rutherford (1), de Philadelphie, Mary P. Jacoby (2), et Glasgow (3) de Toledo (Ohio), sont favorables au procédé de Polk.

C'est au cours d'une des séances de la Société médicale de l'Etat de New-York, que ce chirurgien (4) désireux de ne pas laisser à Wylie (5) la priorité de l'idée du drainage qu'il réclamait rappela que Pallen avait lu devant la Société d'obstétrique de New-York un travail où il était dit que la première femme qui fut dilatée, curettée, et drainée, était Mrs John Halle, la propre sœur du célèbre William Shakspeare : l'opération aurait eu lieu en 1621 !

L'apparition du drainage en France ne semble dater que d'une époque assez récente. La thèse de Reilhac (Paris 1886) contient la description des nombreux essais de Chéron qui, après s'être inspiré de Schwartz, s'arrêta finalement à son premier drain, fait de crins de Florence.

En 1886 également, Vulliet (6), de Genève, décrit devant l'Académie de Médecine sa méthode de tamponnement pour dilater et drainer l'utérus. Sa communication ne fut pas partout accueillie avec faveur, et deux thèses de Paris, 1887 (Toussaint et Veper), contiennent de nombreuses réserves sur la valeur de ce procédé.

En 1888, la thèse de Bourreau, à propos du curage de l'utérus, indique seulement la possibilité de drainer après l'opération; il cite quelques faits, ceux de Pozzi notamment et qui auraient été peu favorables. Un peu plus tard, alors

(1) Rutherford (*Ibid.* 21 octobre 1893. p. 459).
(2) Jacoby (Mary. P.) *Womans med. Journ.* Toledo. 1893. I. 3.).
(3) Glasgow (F. A.) (*Ibid.* 1893. III.. 70-75).
(4) Polk (*Am. J. obst.* 1892. février).
(5) Wylie (*Ut Drainage*, am. J. of. obst. 1892, p. 441.)
(6) Vulliet, *Bul. Acad. méd.*, Paris 1886. — Vulliet et Lutaud, *Leçons de Gynécologie opératoire*, 2e édition, 1890.

que commençait la réaction de la chirurgie conservatrice contre les abus des mutilations ovariennes et utérines, le drainage est de nouveau préconisé et ses indications deviennent plus précises en même temps que plus étendues avec Walton (1) (tubes en caoutchouc), Doléris (2) (gaze glycérinée) et Poullet (3).

De 1890 à nos jours, une période plus féconde en recherches intéressantes et en résultats est marquée par les travaux suivants :

Le Dr Lefour (4), de Bordeaux, décrit sa tige en aluminium. Gérard (5) décrit un premier tube métallique, puis un second. En 1891-1892, Doléris reprenant la question du traitement conservateur des oophorosalpingites, donne une large part dans les succès obtenus à l'emploi du drainage utérin.

En 1892, Bonnaire (6) préconise l'usage de tubes en caoutchouc, étude reprise dans la thèse de Ransquins (Paris, décembre 1892). La même année, Chéron (7) modifie et améliore son premier drain de crins de Florence; une partie de ses résultats sont consignés dans la thèse de Bouteil (Paris 1893).

En 1893, la thèse de Macquart-Moulin (Paris) est faite d'après les idées de Doléris et de Vulliet, et Schoull (8) de

---

(1) Walton, *Drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien*, Gand 1888.

(2) Doléris, *C. R. Soc. Biologie*, 21 décembre 1888. — *Nouvelles archives d'Obst. et Gynécologie*, 1889-1890.

(3) Poullet, *Drainage dans les collections tubaires*, *Lyon médical*, février-mars 1888.

(4) Lefour, *Gazette de Gynécologie*, 1er juillet 1891.

(5) Gérard, *Gaz. Gynéc.*, 15 octobre 1891, VI, p. 305 et décembre 1892, VII, p. 354.

(6) Bonnaire, *Semaine médicale*, 1892, p. 348.

(7) Chéron, *Gaz. Hôpitaux* 1892, 29 octobre.

(8) Schoull, *Gazette Hôpitaux*, 1893, p. 21.

Troyes, se félicite à la fois des résultats que lui ont donné les procédés de Bonnaire et de Chéron. Un article récent de Labadie-Lagrave et Basset (1), est également favorable à l'emploi de la gaze iodoformée dans les annexites.

Le traité de Chirurgie (2) et la Gynécologie de Pozzi (3), ne contiennent cependant que peu d'indications sur le drainage utérin.

Au dernier Congrès international de médecine, à Rome, M. Monod, chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux, a fait une intéressante communication sur l'utilité du drainage dans le traitement des métrites.

En Angleterre, le drainage semble être peu employé ; outre Greenhalg, Duke (4), de Dublin, a publié en 1889 les résultats que lui donnaient son tube en fil métallique roulé en spirale et, en 1891, Milton (5), du Caire a décrit un tube bivalve en argent.

En Allemagne, dès 1883, Schwartz (6), de Halle, « voulant drainer la cavité utérine, quand elle suppure, à la façon d'une plaie » introduisit dans sa cavité des tubes de caoutchouc. Puis, peu de temps après, il remplaça ce drain par des faisceaux de fils de verre soyeux, de diamètre et de dimensions variables, avec lesquels il obtint, paraît-il, de meilleurs résultats.

Ahlfeld (7), la même année, décrivit son procédé de drainage au moyen de tubes en caoutchouc creux.

---

(1) Labadie-Lagrave et Basset, *Semaine médicale*, 8 janvier 1895.

(2) *Tr. Chirurgie*, T, VIII. Art. de Segond, page 563.

(3) *Tr. Gynécol.*, 2e éd., 1892, pages 81-203-204-465-640-662.

(4) Duke, *British. Med. Journal*, 16 février 1889, p. 355.

(5) Milton, *The Lancet*, 17 octobre 1891.

(6) Schwartz, Drainage des nicht puerperalen Uterus, *Centralblatt f. Gynœkologie*, Leipzig, 13 mars 1883.

(7) Ahlfeld, Drainage des nicht puerperalen Uterus, *Ibid.*, p. 233.

Trois ans après, 1886, Fritsch (1), de Breslau, préconise le tamponnement de la cavité utérine avec la gaze, procédé qu'il abandonne ensuite pour un tube en caoutchouc. Fritsch cite, en outre, Fehling qui employait un tube creux en verre servant à la fois comme pessaire et comme drain. Depuis, l'article de Kehrer (2) est, croyons-nous, le seul qui ait paru sur la question. Kehrer fait du drainage à la gaze iodoformée avec une instrumentation spéciale assez compliquée.

CHAPITRE II

Procédés de drainage les plus usités.

I. — Drainage a la gaze

Le drainage à la gaze iodoformée a été employé pour la première fois en Amérique en 1876-1877, par Balls et Sims (*Loc. cit.*). Ces deux auteurs, après dilatation de l'utérus, en faisaient le tamponnement avec de la gaze, à la fois pour drainer et pour maintenir la dilatation. M. Sims, au bout d'un an, avait déjà abandonné son procédé pour un autre. Mais Balls continua depuis, bien que, si l'on en croit son élève Wylie, les résultats premiers eussent été peu encourageants; il aurait vu presque tous les cas traités par son maître se compliquer de péritonite localisée et de tubo-ovarite.

Ces premiers insuccès engagèrent Wylie à employer lui aussi le tube de verre de Sims, mais il revint ensuite à la

(1) Fritsch, *Deutsche Chirurgie*, 1886, Lief. 56, p. 438.
(2) Kehrer, *Centralblatt f. Gynœkologie*, Leipzig, 6 mai 1893.

gaze, en proposant cette fois un nouveau manuel opératoire : « Toute tige ou tampon, disait-il, laissée au delà de quelques heures dans l'utérus, peut, loin de le favoriser, nuire au drainage. » Il vaut mieux ne pas s'exposer à faire refluer dans les orifices dilatés de la trompe le mucus et le sang qui, facilement, s'accumulent au-dessus du drain ; le moyen le plus sûr est donc d'enlever le tamponnement aussitôt qu'il est imbibé par les liquides sécrétés. Des séances éloignées et très courtes sont suffisantes pour donner de bons résultats. Wylie, dès ce moment, pensait que dans le traitement des déviations utérines la dilatation et le curettage suivis de drainage, pouvaient remplacer les pessaires intra-utérins. La gaze dont il bourrait l'utérus était imbibée de diverses solutions antiseptiques ; elle était introduite après une séance de dilatation au colpeurynter. Ce procédé de Wylie a quelque analogie avec le « tamponnement de Vulliet » ; il était, en réalité, peu pratique, et son auteur qui, en 1890 (*Loc. cit.*), avait publié les résultats de sa pratique depuis 1886, présentait deux ans après une quatrième et nouvelle méthode qu'il avait adoptée.

Cependant, de son côté, Polk (*Loc. cit.*) employait pour drainer l'utérus dans les cas de métrite post-puerpérale et de métrite chronique avec lésions des annexes, des lanières de gaze iodoformée ou imbibée d'une solution du sublimé à 1 p. 500. Le drainage n'était pas continué au delà d'une semaine ; Polk eut ainsi de bons résultats et pas d'accidents ; il signale seulement chez quelques-unes de ses opérées quelques douleurs peu intenses, avec une élévation de température légère et passagère. Polk recommande « d'introduire la gaze avec précaution, sans bourrer l'utérus, comme on fait du drainage capillaire après laparotomie. La mèche doit à peine dépasser le col et ne pas pendre dans le vagin. » Le

drainage à la gaze ainsi compris fut favorablement accueilli par nombre de gynécologistes qui désignèrent, dès lors, cette méthode sous le nom de son principal promoteur.

En 1890, à la Société Obstétricale de New-York, on discuta à plusieurs reprises les avantages du « procédé de Polk » : les adversaires du drainage étaient encore nombreux :

H. Coë (1) pense que la méthode employée après dilatation est dangereuse même dans les cas chroniques.

Goëlet critique le drainage de Polk : il existe, dit-il, de nombreux cas où l'utérus ne peut tolérer aucun corps étranger, pas même de la gaze ou du coton, et cela, même dans les cas chroniques. En outre, le tampon de gaze ne peut guère rester aseptique, il expose à toutes les infections ascendantes, car l'urine même peut le souiller.

Goëlet devait, quelque temps après, reprendre ses critiques et adopter un tube métallique.

Grandin se déclare franchement adversaire.

Les partisans du drainage pensaient qu'il devait être surtout réservé aux cas chroniques ou subaigus.

Pour Emmet, en évitant toute violence, on peut avoir tout bénéfice; mai, ainsi qu'Harrisson, il fait encore de nombreuses réserves sur l'avenir du procédé. Dudley cite de nombreux cas toujours favorables; il n'a observé, comme phénomènes fâcheux, que quelques crises douloureuses sans importance. Quant à Boldt, il se déclare entièrement favorable : la métrite blennorrhagique serait pour lui la moins heureusement influencée; à l'exemple de Polk, il croit que l'on peut éviter les douleurs en ne bourrant pas trop l'utérus; on évite les chances d'infection et on rend l'écoulement plus facile « en ne drainant pas à la fois l'utérus et le vagin. »

(1) H. Coe et suivants. — (*Trans. of the obstetr. Soc. N. York.* — In *Am. J. obst.*, 1890.)

En 1892, à la Société médicale de l'Etat de New-York, la méthode de Polk trouve moins d'adversaires encore. Mundé (1) rappelle que dans la crainte d'accidents, après le curettage et drainage, il fait mettre de la glace sur le ventre de ses malades; il prévient ainsi, dit-il, la venue toujours possible d'une péritonite.

Mordecai Price et Joseph Price, de Philadelphie, se déclarent satisfaits de la simple dilatation; ils l'emploient comme moyen de drainage.

Toujours en 1892, dans l'*American Journal of Obstetrics*, parurent d'autres communications sur le drainage intra-utérin. Henry J. Garrigues *(loc. cit.)* dit avoir heureusement usé de la méthode de Polk, et pour rendre son emploi plus commode, il a fait construire une pince spéciale incurvée comme un cathéter d'urèthre d'homme.

Waldo *(loc. cit.)* à propos du traitement de l'endométrite, dit qu'il a employé avec succès le drain de gaze iodoformée, suivant les principes de Polk, dans les métrites du col avec sténose s'accompagnant de rétention. Cleveland (2) malgré qu'il préfère un tube spécial, a cependant employé le drainage à la gaze dans l'endométrite.

Murray *(loc. cit.)*, a fait surtout du drainage limité à la partie intra-cervicale; la mèche de gaze est introduite jusqu'à l'orifice interne du col seulement; elle est changée toute les trente-quatre heures. Il fait auparavant le curettage. Murray avait limité d'abord l'emploi de sa méthode aux cas de métrite simple, « surtout quand les trompes et les ovaires sont libres dans le bassin et ont leurs positions normales ». Puis il l'étendit aux métrites avec annexite, et y ajouta alors le tamponnement du vagin. Il rapporte en particulier trois

(1) Mundé et suivants (*Am. Journal of Obst.*, 1892).
(2) Cleveland. — *Am. Journ. of Obst.*, 1892.

observations de métrite blennorrhagique, et trois observations de métrite puerpérale accompagnées de lésions des annexes. Il ne doute pas que le drainage à la gaze ne puisse arriver à la cure radicale des pyosalpinx, et il ajoute que « dans les grandes maternités, les femmes ayant eu des pyosalpinx traités antérieurement par le drainage, ont rarement des complications. »

W. Sprigg (*loc. cit.*) préfère pousser la lanière de gaze jusqu'au fond de l'utérus, le bout inférieur dépassant un peu le col; il ne met rien dans le vagin, mais il place sur la vulve un tampon antiseptique maintenu par un bandage en T. Le pansement est renouvelé toutes les trente-quatre heures.

Sprigg fait précéder le drainage par un curettage de la cavité; il l'a surtout employé dans les métrites d'origine puerpérale; et même, dit-il, il s'en est servi « comme tamponnement préventif » des métrites septiques.

Fry (1) devant la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Washington, se rattache absolument à la manière de voir de Sprigg.

Riddle Goffe, de Richmond (*loc. cit.*), est un des premiers qui en Amérique ait bien analysé la double action, mécanique et modificatrice de la gaze. Il emploie des mèches préparées de telle façon que l'on puisse doser l'iodoforme; les mèches sont changées tous les trois ou quatre jours. L'utérus doit être rempli par la gaze, dans toute sa cavité, et plus spécialement au niveau des cornes; il faut ajouter un tamponnement minutieux du vagin, et recommander aux malades un repos absolu. Riddle Goffe a souvent observé dans les premiers jours qui suivaient l'application du drain, un écoulement très abondant, et quelquefois aussi, des douleurs

(1) Fry. — In *Am. J. of Obst.*, 1892, p. 857.

expulsives qui arrivaient vers le quatrième ou cinquième jour à chasser spontanément la gaze. Cela, du reste, n'aurait en rien modifié l'excellence des résultats qu'il a obtenus dans le traitement de l'endométrite, de la cervicite localisée, de la métrite puerpérale, de la sténose spasmodique du col chez les jeunes femmes nullipares, et de la dysménorrhée accompagnée d'ovarite chez les jeunes filles. Il ne l'a pas employé pour le traitement des salpingites. R. Goffe cite encore Pryor (1) et King comme également favorables au drainage à la gaze iodoformée.

Washburn (2) devant la Société médicale de Boston, parlant du procédé de Polk dit qu'il devrait être excellent dans les cas où l'orifice de la trompe ne paraît pas libre. Il ne laisse la gaze que quarante-huit heures et renouvelle les pansements pendant trois semaines (un seul cas rapporté).

Strong (*loc. cit.*), dans un article consacré au traitement des salpingites, rapporte quelques observations intéressantes: un cas de salpingite aiguë avec métrite blennorrhagique guérie après quinze jours de traitement et trois applications de gaze; deux cas de salpingite unilatérale dont la guérison était encore maintenue après douze et trente-deux mois; un cas de salpingite double avec périmétrite et adhérences de l'utérus rétrofléchi, dans lequel il n'eut pas de succès. Strong espace les séances de drainage; son procédé se rapproche davantage de celui que préconisait Wylie dès 1886 (v. page 7)? Une fois il a vu un écoulement très abondant; pas d'exagération des phénomènes douloureux, au contraire; la diminu-

---

(1) Pryor. — Voir aussi (*Med. Record.*, New York, 1892, p. 529) et (*Trans. of Am. Gynéc. Soc. Philadelphia*, 1892, XVII, 331).

(2) Washburn. — *C. R. Soc. med. Boston, in Boston med. and Surg. Journal*, 11 janvier 1892.

tion des douleurs serait surtout sensible lorsqu'elles étaient dues à un obstacle mécanique.

» Le succès, dit Strong, dépend de l'appréciation exacte des conditions de l'état pathologique; les cas aigus sont mieux traités par les mesures palliatives; les cas chroniques avec salpingite et adhérences ne doivent laisser espérer aucun succès... La mobilité des trompes et de leur insertion sur l'utérus est une condition essentielle pour la guérison... tandis que les cas où la douleur constante vient d'adhérences péritonéales ne sont pas curables. »

Rutherford *(loc, cit.)* donnant le résumé de sa pratique de la méthode de Polk rapporte une observation de métrite hémorrhagique et purulente, avec annexite gauche, où la guérison obtenue après cinq semaines de traitement était maintenue après quatre mois. Il laisse le drain en place les premiers jours pendant quarante-huit heures, puis pendant soixante-douze heures; il se félicite des succès obtenus alors que « les autres traitements ne donnent que des résultats infidèles et passagers ». Le reste de l'article est consacré à l'étude du mode d'action de la gaze et de ses divers avantages.

En Allemagne, le drainage à la gaze iodoformée est de date assez ancienne, mais ce procédé est beaucoup moins répandu. Dès 1882, Fritsch (*loc. cit.*) employait pour le traitement de la métrite blennorrhagique surtout « une lanière de 75 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de large qu'il tassait dans la cavité de l'utérus « comme s'il plombait une dent ». Il l'enlève ensuite et met de nouvelles lanières de manière à bien nettoyer l'utérus. Souvent il y introduit de nouveau une lanière saupoudrée d'iodoforme qu'il laisse à demeure de vingt-quatre à quarante-huit heures et qu'il enlève même plus tôt si elle provoque des coliques, en tirant

sur l'extrémité qui dépasse la vulve. » (*In* Pozzi. Tr. Gynec. p. 204).

Au dire de Kehrer (*Loc. cit.*) (V. fig. h. texte), après Von Fritsch, Landau, Hoffmeier, Gattorno, Polk et Abel auraient pratiqué le drainage utérin au moyen de la gaze iodoformée.

Le tamponnement et le drainage, pour ce chirurgien sont utiles dans les sténoses du col (où intervient l'action dilatatrice spéciale qu'il reconnaît à la gaze), dans les métrites hémorrhagiques; les suites du curettage et des scarifications, dans l'aménorrhée, et pendant la période menstruelle elle-même.

Mais, dit Kehrer, sans instrumentation spéciale, on éprouve quelque difficulté dans l'introduction de la gaze dans l'utérus; les premiers morceaux sont difficiles à indroduire, et si on emploie pour cela une sonde utérine, en la retirant du fond de la matrice, on s'expose à retirer en même temps la lanière iodoformée. Pour obvier à ces inconvénients, il a fait construire « un tube de verre de 18 centimètres de long sur 7 millimètres de diamètre; sur une première branche rectiligne à six centimètres de l'une des extrémités vient s'adapter une seconde tubulure évasée en entonnoir, et faisant avec la plus petite portion du tube droit un angle d'incidence de 33°. On place la grande extrémité du tube droit dans l'utérus; par la tubulure en entonnoir, on pousse la gaze à introduire aussi loin que possible, puis, replaçant la tige dans l'extrémité libre du tube droit, on reprend la gaze déjà introduite et on la pousse dans l'utérus à travers le tube. Ceci fait, on retire le tube en le faisant glisser sur la sonde ».

Cette technique nécessitant une instrumentation spéciale nous paraît utile à connaître, mais quelque peu compliquée.

En France, c'est principalement Doléris (*loc. cit.*) qui s'est fait le champion du drainage capillaire avec la gaze iodofor-

mée. Suivant la réaction commencée par Walton, de Gand, par Poullet et Trélat contre les abus de la castration et de l'hystérectomie pour lésions chroniques des annexes, il a dans de nombreuses publications insisté sur les avantages des procédés conservateurs. Mais, selon lui, ne sont pas dans le vrai ceux qui préconisent les bons effets du seul curettage. « C'est mon opinion formelle que si le curettage représente un des éléments les plus précieux de la thérapeutique intra-utérine, c'est la dilatation répétée surtout ; et le drainage, quelquefois même complété par l'ablation de la muqueuse et des portions malades du stroma cervical, qui représentent les éléments les plus efficaces du traitement des lésions ovaro-salpingitiques.

« C'est à une technique autrement complète et plus rigoureusement réglée que celle du simple curettage du corps de la matrice (Poullet) ou du placement d'un tube de verre dans l'utérus (Walton) que je dois, pour ma part, les succès certains et durables que j'ai obtenus dans le traitement de la périnétrite. »

Doléris a surtout retiré de bons effets dans les cas d'inflammations pelviennes invétérées, ou à la période d'état ; dans les rétrodéviations compliquées d'ovaro-salpingite chronique atrophique, et d'une façon générale d'adhérence de l'utérus ou des annexes à la paroi pelvienne ; puis dans la grande masse « des inflammations ovaro-salpingitiques chroniques, depuis l'abcès torpide de la trompe ou de l'ovaire jusqu'aux lésions minima de la folliculité ovarienne et du catarrhe tubaire, avec ou sans participations et connexions adhésives des viscères voisins. » Dans cette dernière catégorie il fait rentrer des collections non inflammatoires telles que l'hydrosalpinx et certaines hématosalpinx, et c'est à à l'occasion du traitement de ces affections « éminemment

persistantes et récidivantes. » qu'il a fait ses dernières publications (1).

Doléris (1) commence par faire une dilatation lente et progressive avec des tiges de laminaire ou des éponges préparées pendant quatre à cinq jours ou plus si c'est nécessaire; puis il pratique un curage méticuleux de l'utérus, surtout au niveau des angles tubaires, après quoi il introduit la gaze iodoformée préalablement enduite de glycérine créolinée ou iodoformée. Ce pansement utérin est changé le lendemain ou le surlendemain, et renouvelé ensuite tous les jours pendant un temps variable en diminuant progressivement la quantité de gaze. Cependant cette technique n'est pas rigoureuse. Doléris a eu l'occasion de se servir d'un tube de caoutchouc plié en deux introduit par son angle dans l'utérus, les deux branches dépassant un peu le col. L'application de ce drain (2) ne fut du reste que provisoire.

Poullet (loc. cit.) semble employer la gaze iodoformée bien plus comme moyen de pansement après le curettage que comme moyen de drainage. Pratiquant la dilatation et le curettage dans les cas de métrites, paramétrites et déviations utérines, il a pu remarquer à la suite de ses opérations l'extrême tolérance de l'utérus pour les corps étrangers; il laisse toujours l'utérus plein de gaze iodoformée quatre jours consécutifs; les malades n'en souffrent nullement.

La tige métallique qu'il emploie dans les rétrodéviations après redressement est « habillée » de gaze (p. 365).

Dans les hôpitaux de Paris, la pratique du drainage capillaire est peu répandue (ou tout au moins peu indiquée dans la bibliographie). Le professeur Le Dentu et le docteur Pichein,

---

(1) Thèse Macquart-Moulin, 1893, Paris, p. 21.

(2) Doléris. — (*Nouv. Arch. obst. et gynéc.*, 1889-1890, observations).

chef de clinique chirurgicale sont partisans de la méthode. Dans le service du docteur Reclus, à la Pitié, notre excellent ami, M. Savariaud, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté, a eu l'occasion d'essayer l'emploi de la gaze dans un cas d'antéflexion, avec périmétrite et saplingite d'origine puerpérale, et de date assez récente. Le drainage continué pendant douze jours n'a pas donné de bons résultats; la malade dut subir une laparotomie.

Le docteur Piédallu (1), du Raincy, après avoir successsivement usé pour le traitement des diverses formes d'endométrite des applications topiques ou caustiques, puis du curettage, s'est rallié à la pratique du drainage avec la gaze iodoformée. Sans curettage préalable, il dilate l'utérus en plusieurs séances avec des laminaires et des bougies d'Hégar, fait des irrigations, etc., puis il introduit une lanière de gaze qu'il renouvelle au bout de deux jours; après quoi, si la muqueuse ne lui paraît pas suffisamment détergée, il place dans l'utérus un gros drain de caoutchouc.

A Bordeaux, le drainage avec la gaze iodoformée est couramment pratiqué à la suite du curettage : M. le docteur Boursier fait un tamponnement vaginal différent du pansement utérin qu'il enlève après quatre ou cinq jours; des injections suffisent ensuite comme soins consécutifs; jamais d'accidents de rétention ; action hémostatique très favorable ; diminution de l'écoulement séro-sanguinolent si fréquent après les curettages. M. le docteur Monod fait le tamponnement intra utérin et vaginal avec la gaze. Le pansement est enlevé, et non renouvelé, du troisième au cinquième jour quand il paraît un peu humide à la vulve. M. Monod pense également que les suites du curettage sont très simplifiées

(1) Piédallu (*Actualité méd.*, Paris, 1892, IV, p. 178-180).

grâce au drainage ainsi compris. Le docteur Lefour fait du drainage capillaire à la gaze dans les métrites puerpérales.

Tout récemment, Labadie-Lagrave (*loc. cit.*), a donné dans un article paru dans la *Semaine Médicale*, le résumé de sa pratique du drainage dans les cas de métrite, périmétrite et salpingite; il avait d'abord réservé le traitement intra utérin aux cas d'endométrite purulente ou hémorrhagique. Dans la suite il le généralisa.

Après les règles, la malade préparée par le repos, les soins antiseptiques, etc., est soumise à la dilatation; une à trois laminaires suffisent; l'utérus est préalablement badigeonné avec une solution de cocaïne à 1/10, ce qui permet de se passer du chloroforme. Après curettage, lavage et écouvillonnage à la glycérine créosotée, on introduit une lanière de gaze iodoformée, longue de 80 centimètres, large de 5 centimètres. Cette lanière repliée en quatre, trempée dans la glycérine iodoformée est chargée sur un hystéromètre dont elle coiffe l'extrémité, et poussée ainsi dans la cavité utérine. A l'exemple de Fristch, Labadie-Lagrave recommande de bourrer fortement l'utérus « comme on plombe une dent ». Le pansement est changé tous les jours ou tous les deux jours et continué jusqu'à l'apparition des règles; si à ce moment les douleurs et l'écoulement purulent persistent, il faut continuer l'application du drain. « Les pansements deviennent de moins en moins souillés, le liquide qui s'écoule de l'utérus devient séreux et définitivement limpide et transparent; en même temps on constate la diminution de volume des tumeurs... » En général, après trois à six semaines au plus, la guérison a été obtenue, complète et définitive. L'état général est toujours très amélioré; les guérisons obtenues étaient encore persistantes après trois, six ou neuf mois. Quelquefois il arrive qu'après quelques jours, l'utérus se

referme sur la gaze qu'il renferme : il faut alors faire une seconde séance de dilatation.

Les meilleurs cas sont ceux d'utérus multipares, facilement dilatables, et d'orientation normale ; — dans les pachy-salpingites adhérentes, il a obtenu seulement la diminution des douleurs, et la mobilisation de la trompe, si la direction de celle-ci n'était pas rectiligne. Dans les salpingites catarrhales ou purulentes, enkystées ou non, relativement récentes et mobiles, les résultats sont excellents. « Plusieurs fois nous avons observé la disparition de volumineux hydro et pyosalpinx accolés à l'utérus, et cela bien qu'ils fussent entourés de néomembranes. »

II. — Tamponnement de l'utérus *(Méthode de Vulliet)*.

En 1886, devant l'Académie de Médecine de Paris, Vulliet (1) de Genève a décrit un procédé destiné à dilater, drainer et modifier l'utérus. L'action dilatatrice reste pour lui prédominante.

Vulliet se sert de tampons de coton imbibés d'une solution d'éther iodoformé à 1/10 ou seulement à 1/30 pour éviter l'intoxication possible ; — l'iodoforme est parfois remplacé par le salol. Le volume des tampons varie entre celui d'une noix et celui d'un haricot; ils sont attachés par leur milieu avec un double fil. L'utérus anesthésié avec une solution cocaïnée est préalablement dilaté, s'il est nécessaire, avec des bougies ou une laminaire; puis, un à un, on introduit les tampons dans sa cavité jusqu'à la bourrer complètement. Après quarante-huit heures, on enlève les tampons. L'utérus est déjà

(1) Vulliet. — *Loc. cit.* et Thèse de Caillens, Montpellier, 1893.

ramolli et l'on peut, en recommençant le tamponnement, dilater le col au point de faire de l'utérus une cavité conique dont le sommet correspond au fond même de l'organe.

La dilatation ainsi obtenue est précieuse pour explorer l'utérus ; elle a une action hémostatique et modificatrice puissantes. Vulliet en a fait un procédé curateur pour les diverses variétés d'endométrite et pour la métrite puerpérale ; il en a obtenu quelques avantages inespérés dans des cas de fibromes ou polypes. Mais il recommande de ne pas l'employer quand il existe des collections tubaires, le tampon « pouvant raviver des inflammations qui tendraient vers la chronicité. » Au reste, il fait avec Jacobs des critiques semblables aux drains de gaze employés pour le traitement des salpingites.

Peu d'utérus résisteraient à la dilatation par le tamponnement, qui assez souvent provoque des coliques expulsives très violentes.

Le procédé de Vulliet assez favorablement accueilli à son origine par l'Académie de Médecine (Cusco, Tillaux et Charpentier) a donné dans la suite des résultats infidèles. (Chalot, Pozzi, Doléris, Porak, *In* Thèses de Veper et Toussaint, Paris, 1887.)

III. — Drainage au crin de Florence

C'est à Chéron (V. fig. hors texte) qu'appartient l'idée de ce procédé, qui paraît avoir donné, entre les mains de son auteur et de quelques-uns de ses élèves, de bons résultats.

S'inspirant des idées de Schwartz *(Loc. cit.)*, Chéron avait d'abord essayé le drain formé par un faisceau de fils de verre ; mais il lui reproche de s'effritter dans la main, et le

vagin, de produire une leucorrhée très abondante, irritante, amenant à sa suite de la vaginite et de la vulvite érythémateuse. Le drainage, entre autre, serait défectueux, les sécrétions auraient une odeur infecte. Plus tard, Chéron essaya des tubes de caoutchouc, des soies de sanglier, des fils d'amiante, du crin de cheval, un pinceau de poils de blaireau, et finalement le crin de Florence, dont il a successivement modifié l'arrangement.

Voici la description de son premier procédé (1) :

Il prend un faisceau composé de 12 à 24 brins, qui sont ligaturés à l'une des extrémités et à l'autre extrémité recourbés sur une hauteur de 8 à 10 millimètres, de manière à constituer autant d'érignes. Cette disposition est assez favorable au maintien du drain dans l'utérus.

« Schwartz n'avait pas pour l'introduction du drain d'instru- » mentation spéciale. Il devait en résulter une certaine difficulté et la nécéssité de dilater tout d'abord l'orifice cervical. Pour obvier à ces inconvénients, M. Chéron s'est arrêté au système suivant qui permet une pénétration facile pour l'opération et sans violence pour l'utérus:

» Un tube en argent creux, ayant la courbure de l'hysthéromètre et destiné à recevoir le drain, est introduit dans l'utérus à l'aide d'un mandrin muni d'un embout olivaire qui protège la muqueuse. C'est le premier temps; il rappelle la pénétration du spéculum de Ricord dans le vagin et s'opère sans difficulté. Dans un second temps, le mandrin est retiré; à sa place, on introduit le drain qui est alors poussé dans la cavité du tube, à l'aide d'un second mandrin, muni à son extrémité d'un petit cylindre métallique fixe qui presse sur

(1) Chéron. — *Loc. cit.*, et *Rev. chirurg. des mal. des femmes*, 1889, 1890, 1892.

la base cimentée et résistante du drain. A mesure que celui-ci pénètre, on retire peu à peu le tube, et l'un et l'autre cheminent en sens inverse jusqu'à ce que le premier ait pris entièrement la place du second.

» Le drain qui, grâce au tube, a été simplement déposé dans la cavité, et n'a pu blesser la muqueuse, est alors en place; sont extrémité vaginale déborde légèrement l'orifice du col, et permet de le saisir facilement avec des pinces quand on voudra le retirer (1). »

Les premiers résultats ont été consignés dans la thèse de Reilhac.

Plus tard Chéron (2) fut amené à modifier ses premières dispositions, son drain en érigne ayant déterminé quelques accidents dus à une irritation excessive; il le réserve depuis au traitement des aménorrhées et dysménorrhées pures.

Voici le nouveau dispositif de Chéron :

Le faisceau de crins est replié de façon à former un fer à cheval, dont les branches hautes de 6 centimètres environ sont réunies à leur extrémité libre dans un anneau fixateur spécial : c'est une bague en celluloïd dont la lumière très large laisse libre l'orifice du col; sur un des points de sa face interne, s'insère un petit disque de même substance, comme un chaton intérieur, qui lui-même reçoit les crins; en somme, deux disques concentriques, l'un s'insérant sur l'autre. Le plus grand se fixe sur les parois vaginales, le second soutient le drain. Cette disposition ingénieuse laisse une certaine mobilité à l'utérus et elle empêche l'accumulation des sécrétions au-dessus du disque.

Chéron laisse son drain en place pendant deux mois en

---

(1) Reilhac. — Th., Paris. Avril 1886.

(2) Chéron. — *Gaz. hóp.* (*Loc. cit.*) et th. Bouteil. Paris 1893. Juillet.

moyenne au moins (temps maximum trois mois, minimum, quinze jours) ; il dit n'avoir pas eu d'accidents, pas d'arrêt des sécrétions.

IV. — Tubes en caoutchouc

Le drainage avec les tubes en caoutchouc est assez répandu. Schwartz (1), de Halle, paraît les avoir employés le premier ; peu satisfait de sa méthode, il l'abandonna.

Un peu plus tard (1886?) Wylie (*Loc. cit.*) mécontent de ses procédés antérieurs, adopta l'usage du drain de caoutchouc ordinaire qu'il remplaça ensuite par un tube de caoutchouc durci portant des cannelures sur ses parties latérales. Le chirurgien américain a surtout traité par ce procédé l'endométrite où neuf fois sur dix, il a obtenu la guérison, et plus rarement les pyosalpingites ; dans les anteflexions, il déclare le drain de caoutchouc inutile. Le tube une fois placé est maintenu par un tampon vaginal de gaze, qui est enlevé au bout de trois ou quatre jours et remplacé par un tamponnement à la glycérine boratée, changé lui-même dans la suite tous les deux jours. L'usage du tube est prolongé pendant une dizaine de jours. On peut y joindre comme complément les injections faites par sa cavité, et même l'action capillaire de la gaze dont on peut le remplir. La méthode de Wylie trouva quelques imitateurs. Montgomery (*Loc. cit.*), a fait du drainage pour les métrites chroniques, et il en a obtenu de très bons résultats. Il enlève la gaze vaginale après quarante-huit heures ; dans la suite, à travers le drain, l'utérus est lavé deux fois par jour.

---

(1) Schwartz (*Loc. cit.*), et cité par Chéron, Reilhac, etc.

Fritsch (*Loc. cit.*) a fait usage d'un tube en crin analogue à celui qui est employé souvent pour drainer à travers le vagin la cavité péritonéale ou les collections péri-utérines.

Ahfeld (*Loc. cit.*) emploie un tube vulgaire de caoutchouc creux.

Walton (*Loc. cit.*), de Gand, en 1888 a préconisé l'usage de gros tubes rectilignes, ou ayant l'extrémité utérine disposée en croix dans les cas de collections tubaires et abcès pelviens, qui paraissent vouloir se vider : « du moment que l'on constate que le liquide contenu dans le kyste tubaire pénètre dans l'utérus, rien n'est plus facile que de placer un fort drain dans la cavité utérine, de faire plonger son extrémité libre dans un flacon d'eau sublimée à 1/1000, et d'enregistrer ainsi d'une façon mathématique la quantité et le qualité du pus qui s'écoule. Cette fermeture hydrostatique empêchera l'air extérieur de pénétrer dans la cavité de l'abcès et le sublimé dans lequel le pus tombe goutte à goutte, détruit au fur et à mesure tous les organismes infectieux qu'il renferme, et qui, autrement pourraient se répandre dans l'air ambiant ou contaminer l'entourage. » Nous avons dit quel cas faisait Doléris de ce moyen, bien qu'il l'ait lui-même employé quand la gaze ne lui suffisait pas.

Schoull (*Loc. cit.*), de Troyes, qui se loue aussi de la méthode de Chéron a employé le drain de Bonnaire qu'il fixe par un fil au centre d'un pessaire annulaire de Dumontpallier. Le fil est assez lâche pour que le tube dépasse le pessaire par son extrémité vaginale, de 2 centimètres. L'introduction dans l'utérus se ferait plus facilement en deux temps : Schoull met d'abord le spéculum pour bien reconnaître le col, puis le spéculum retiré, il place le pessaire sans s'occuper du drain, mobile au milieu de l'anneau comme un battant dans une cloche. Le pessaire bien placé ; il remet le spéculum,

prend alors le tube avec une pince, et peu à peu l'introduit dans le col. La traction du fil sur l'extrémité du drain aurait en outre l'avantage de le maintenir béant.

Schoull cite quelques cas de guérison; jamais d'accidents : trois fois il s'agissait d'endométrite sans annexite; deux fois d'endométrite avec salpingite, et deux fois avec salpingo-ovarite.

A Saint-Lazare, Verchère (1) emploie un drain de caoutchouc rouge de 12 centimètres de long et de 9 millimètres de diamètres qui a l'avantage de s'introduire assez aisément et de se fixer par lui-même au dessus de l'isthme cervical grâce à un renflement en forme d'ailettes situé vers son tiers supérieur. Ce drain ne serait pas expulsé, et on pourrait ainsi maintenir un drainage prolongé.

M. le docteur Monod, de Bordeaux, nous a communiqué une observation très intéressante où les drains de caoutchouc lui ont été très utiles.

Il s'agissait d'un cas de polype sphacélé avec métrite septique, pertes fétides abondantes, état général grave. Le drainage fut institué, les phénomènes infectieux ayant persisté malgré l'ablation de la tumeur. Deux tubes juxtaposés en canon de fusil, puis un seul furent laissés dans l'utérus pendant trente-sept jours, jusqu'à guérison radicale.

La plus grande pratique du drain de caoutchouc appartient certainement à Bonnaire.

« Bonnaire (2) emploie des tubes en caoutchouc malléable d'un diamètre total de 2 centimètres environ. Leur lumière est assez large pour permettre l'introduction dans leur cavité de la sonde intra-utérine de Mathieu. Leur paroi épaisse de

---

(1) Verchère. — Cité par Bouteil. Th. Paris, juillet 1893.

(2) Bonnaire, *loc. cit.* et thèse Ransquins. Paris, décembre 1892.

2 millimétres à peu près, leur donne une résistance suffisante pour qu'ils ne soient pas sensiblement aplatis par les contractions du muscle utérin. Ils sont percés d'un nombre de trous suffisant pour que les liquides injectés baignent une étendue assez considérable de la muqueuse.

A défaut de tubes de ce genre, on peut employer des tubes de volume moyen, pliés en double canon de fusil.

Le drain doit être assez long pour toucher par une extrémité le fond de la cavité utérine et dépasser par l'autre l'orifice externe, d'un centimètre environ. Il est inutile de munir d'un fil l'extrémité vaginale ».

Dans l'utérus dilaté, on introduit le drain par l'une des extrémités taillée en bec de flute, en la tenant aplatie entre les mors d'une pince ; mais la pince vaginale ordinaire était incommode ; on éprouvait quelque difficulté pour la sortir de l'utérus, ce temps opératoire nécessitant la divergence des branches pour lacher le tube. Aussi Bonnaire a-t-il fait construire chez Collin, une pince analogue à la pince à pansements, mais dont les mors sont moins épais ; elle est articulée à la façon d'un forceps, et pour la sortir facilement, il suffit de désarticuler.

Bonnaire laisse le tube à demeure pendant dix à vingt jours, il le fait supporter par un tamponnement vaginal. Tous les deux jours le tamponnement est renouvelé ; on fait à travers le drain une injection de sublimé à 1/4000 ou de phénosalyl à 1/1000.

La méthode de Bonnaire a été employée pour les endométrites du corps de l'utérus d'origine blennorrhagique ou puerpérale, les déviations de l'utérus (anté ou rétroflexion) les atrésies spasmodiques du col, les atrésies incomplètes congénitales du corps de l'utérus, les salpingites catarrhales, hydro et pyo-salpinx, et toutes formes de salpingites chroniques avec ou sans périmétrite.

Le maintien du drain dans la matrice est assez difficile ; certains utérus se contractant trop vigoureusement sur le drain, il fallut pour les fatiguer en quelque sorte, procéder à une nouvelle dilatation. Cette force d'expulsion est souvent si considérable que deux fois des drains que Bonnaire avait voulu fixer au moyen d'un fil d'argent traversant le col, ont été expulsés après section du col. Un fil de soie paraît avoir mieux résisté.

Le tamponnement vaginal pour supporter le tube a donné lieu à quelques accidents (douleurs, constipation, rétention d'urine).

Cette difficulté éprouvée pour maintenir le drain avait poussé Schoull et Verchère à apporter l'un une modification à la forme du tube, l'autre à lui donner un pessaire pour support. Le procédé de Greenhalg (1) (v. fig. h. texte) est dicté par les mêmes considérations. Ce chirurgien emploie un tube de caoutchouc flexible dont l'extrémité utérine disposée comme une sonde uréthrale de Malécot, présente quatre fentes longitudinales et dont l'extrémité vaginale se continue avec une plaque de caoutchouc.

V. — Tubes et tiges rigides.

Des tubes rigides ont été introduits dans la matrice pour drainer sa cavité tout en maintenant la direction normale du canal utérin. Ici, les procédés varient à l'infini ; les instruments de verre sont probablement les plus anciens.

Sims (*loc. cit.*) et avec lui Wylie (*loc. cit.*) se servirent d'un tube de verre ordinaire dès 1876, uniquement pour drainer.

(1) Greenhalg, cité par Duke (*loc. cit.*)

Le procédé de Fehling (*loc. cit.* v. fig. hors texte), un peu plus tard, était plus ingénieux. Son tube qu'il employait aussi pour combattre les flexions était un peu courbé pour mieux s'appliquer à la courbure normale de l'utérus. Il était percé d'un grand nombre de petits trous et évasé en entonnoir à l'une des extrémités, cette disposition favorisait l'introduction des liquides dans le tube et assurait la fixité de celui-ci.

Cleveland *loc. cit.*) a repris le tube primitif de Sims, mais en y adaptant un procédé spécial de contention : le tube est reçu dans un petit anneau d'argent placé dans le col ; sur les bords externes de cet anneau se trouvent deux pointes qui s'enfoncent dans le col et maintiennent tout l'appareil. Cleveland a ensuite remplacé ce fixateur métallique par un pessaire de Thomas. Il aurait ainsi obtenu plusieurs guérisons d'endométrite après deux mois de traitement.

Nous avons déjà mentionné le tube de plomb de Coghlan.

Duke (*loc. cit.*), de Dublin en 1889, a préconisé l'usage d'un drain en acier formé par une tige roulée en spirale, dont l'extrémité vaginale est adaptée sur un disque de même substance qui sert à maintenir le tout. Cette dernière disposition ne fut adoptée par Duke qu'après l'essai du tube spiral libre. Il prétend qu'il évite les inconvénients du pessaire, que son drain est léger, bien fixé, facile à changer et qu'il ne risque pas de s'infecter (critique du drain de caoutchouc de Greenhalg). Il l'emploie après le curettage ; une courte période de repos est ensuite nécessaire aux malades. Jamais Duke n'aurait eu d'accidents ; les résultats déjà obtenus dans la métrite purulente, et les diverses formes d'endométrite chronique seraient très encourageants.

Sans avoir connaissance des essais de Duke, notre camarade G. Fieux (v. fig. hors texte), interne du service de M.

le professeur Lanelongue, a imaginé et essayé un modèle de drain fait de la façon suivante : un gros fil d'argent est enroulé sur une bougie d'Hégar, jusqu'à une longueur calculée d'après les dimensions de la cavité utérine. Les deux extrémités du fil sont recourbées en dedans dans la lumière de l'appareil qui rapppelle absolument un ressort à boudin ; construit avec un fil d'aluminium, il est aussi résistant et plus léger. Ce drain introduit facilement après dilatation, serait retiré sans violence si quelque difficulté survenait, grâce à des mouvements de torsion suivant la direction des tours de spire. La malade, sur qui a été appliqué ce procédé, était atteinte de métrite, salpingo-ovarite gauche et périmétrite. Sortie après 16 jours, elle a été rapidement améliorée ; elle ne conserve plus aujourd'hui qu'une légère sensibilité des annexes gauches, l'état général est parfait. Vers la fin du premier mois, elle a eu quelques pertes muco-purulentes ; le drain enlevé après deux mois était sorti d'un centimètre hors du col. Evidemment, ce procédé est encore à juger.

J. Gérard *(loc. cit.)* (v. fig. hors texte) a d'abord employé pour traiter les endométrites et déviations utérines, un tube en aluminium long de quatre centimètres, large de huit millimètres (n° 20 de la filière Charrière), avec six millimètres de diamètre dans la lumière. A la partie moyenne le drain porte un renflement en forme de bague destiné à favoriser sa fixité, Les parois sont criblées de trous en écumoire. On l'introduit après dilatation en ayant soin de badigeonner l'utérus à la cocaïne et à l'iodoforme ; un tampon imbibé de ces deux substances est laissé dans le drain ; il y est maintenu jusqu'au lendemain pour favoriser par son action topique la tolérance de l'utérus.

Gérard emploie « un porte-drain spécial en cuivre rouge inkelé, assez malléable pour qu'il puisse prendre facilement

toutes les incurvations qu'on désire lui donner en raison de la déviation reconnue. Ce porte-drain se dévisse et peut recevoir des embouts de grandeurs différentes selon le drain adopté. Il peut, en outre servir de levier puissant pour faire du massage utérin ; dans ce cas, on glisse à la base de l'embout une rondelle-cuvette embrassant le col dans tout son pourtour alors que la tige pénètre dans toute la cavité cervicale, voire même dans la cavité utérine. La main gauche étant placée sur le fond de l'utérus, à l'aide de la main droite embrassant le manche du porte-drain, on procéde par des mouvements de va et vient et de latéralité qui rompent toutes les adhérences qui ne sont pas trop anciennes ou trop étendues pour être curables. »

« Le massage utérin est très facile à pratiquer dans ce cas, il est en outre beaucoup plus convenable vis-à-vis de la patiente, et la force développée par le bras de levier demande un minimum d'efforts. »

Quelques mois après, Gérard a décrit un dispositif un peu différent. Son nouveau drain en aluminium ou en argent doré est légèrement coudé; son extrémité vaginale est terminée par une cupule perforée de façon à simuler une roue à quatre rayons.

Les dimensions assez restreintes de ce tube l'empêchent de buter contre le fond de l'utérus ; les malades peuvent le garder plusieurs mois, pendant lesquels on peut à volonté faire des pansements, écouvillonnages et injections intra utérines.

J. Gérard dit préférer sa méthode à celle de Lefour; il l'a employée avec succès dans des cas de stérilité. On évite les accidents possibles en bien défendant le coït et surveillant l'écoulement des sécrétions utérines.

Voici maintenant la description d'un tube en argent bivalve dont Milton, du Caire (*loc. cit.*; V. fig. hors texte) recom-

mande l'usage dans les cas d'endométrite et surtout dans la forme puerpérale ou autres formes septiques. Il l'introduit avec ou sans spéculum, et fait, pendant qu'il est maintenu en place des applications topiques et antiseptiques.

« L'appareil consiste en tubes de différents calibres ressemblant quant à leur forme à une canule bivalve pour trachéotomie; mais avec une courbure différente pour suivre la courbure de l'utérus et avec un plateau concave en dehors des valves pour recevoir les lèvres de l'orifice utérin.

» Ils sont en argent pur. Les valves sont suffisamment divergentes et ont une force d'écartement suffisante pour assurer leur maintien dans l'utérus.

» Pour faciliter son introduction dans l'utérus, le tube est saisi par une pince spéciale dont les branches, passant à travers les trous dont est muni le plateau, saisissent et rapprochent les valves. Le tube ayant été introduit dans l'utérus et la pince retirée, les valves revenant à leur écartement primitif maintiennent le tube en position. »

Il faut en outre, pour les injections, un cathéter convenablement recourbé, dont le diamètre égale le quart du diamètre du tube.

Milton laisse son drain en place pendant six à quinze jours. Il ne rapporte que peu d'observations dont trois surtout sont favorables. « L'intubation », pense-t-il, a beaucoup plus de chance de succès lorsqu'on la pratique au début même de l'affection dans les métrites infectieuses.

Le tube métallique de Goëlet (1), adversaire déclaré du drainage capillaire est tout simplement l'analogue des tubes de verre de Sims et Wylie.

M. le docteur Dubourg (V. fig. hors texte), chirurgien des

(1) Goelet. — *Trans. of. N. York., obs. soc.*; 21 janvier 1890.

hôpitaux de Bordeaux a fait construire il y a deux ans un tube fenêtré en aluminium, long de 5 à 6 centimètres et dont le poids est extrêmement léger. Ce tube était fixé par un seul point de suture, le col étant ponctionné dans une partie quelconque de ses bords, sur une des lèvres ou près des commissures. Plus tard, ayant remarqué que le tube pouvait blesser l'utérus par une de ses extrémités, érailler le vagin par l'autre, M. Dubourg a adopté le dispositif suivant : l'instrument est placé dans un drain ordinaire de caoutchouc qu'on laisse dépasser de 1/2 à 1 centimètre à chaque bout. L'appareil ainsi introduit dans la matrice ne risque de blesser ni l'utérus, ni le vagin ; il est fixé comme si le tube était seul.

Le drain de caoutchouc est percé de gros trous, dont, autant que possible la lumière doit correspondre aux fenêtres du tube L'appareil est maintenu dans l'utérus pendant un mois ; après quoi, s'il est nécessaire, son application peut être continuée pendant un même laps de temps. Un curettage méticuleux précède le drainage ; pendant les premiers jours, on se contente de faire quelques écouvillonnages dans le tube ; dans la suite les malades continuent le traitement chez elles, où de simples injections sont nécessaires, M. Dubourg emploie sa méthode dans la métrite chronique invétérée, avec écoulement abondant, rigidité du col qui empêche les bienfaits de la dilatation ordinaire, dysménorrhée avec intolérance utérine, etc. Il a traité également avec succès trois cas de pyosalpinx.

A propos de l'emploi des tiges solides et rigides nous risquons d'empiéter dans le domaine réservé aux pessaires intra-utérins purs. La plupart des tiges, du reste, sont réservées, à leur exemple, au traitement des flexions utérines, et ce n'est que secondairement qu'on leur a donné un rôle dans le drainage de l'utérus. Néanmoins pour pouvoir mieux juger

la méthode du professeur Lanelongue, que nous décrirons bientôt en détail, nous pensons qu'il peut être de quelque intérêt de rappeler succintement les principaux types de ces instruments, avoués comme redresseurs ou comme drains.

Barnes (1), contre les sténoses, se servait d'un pessaire à tige élastique; il a employé aussi les tiges bimétalliques, rigides, dont il attendait, à l'exemple de Simpson, une action tonique et modificatrice spéciale.

Levret faisait reposer une tige utérine dans une cuvette de même substance qui recevait le col; Thomas (2) adaptait à l'un de ses pessaires une cheville de verre.

Lefour (*loc. cit.*) rappelle que la pratique des tiges utérines dans les flexions appartient aussi à Schultze, Mundé, Winckel, Olshausen, Goodell, etc., Kiwisch, Peasll, Chambers et Wright se seraient servis de tiges métalliques à branches divergentes, rappelant sans doute le tube-canule de Milton.

Sims (3) s'est servi d'une tige en caoutchouc qui repose par deux branches horizontales sur les extrémités d'un pessaire également élastique; celui-ci, disposé en fer à cheval n'embrasserait qu'une des lèvres et laisserait à la tige quelque mobilité.

Poullet (*loc. cit.*) pense que dans les rétroflexions et en général toutes les déviations utérines avec perte de mobilité de l'organe, on peut après mobilisation un peu forcée maintenir la réduction par une tige intra-utérine. Il s'est servi d'un tuteur métallique habillé de gaze laissé dans la cavité pendant cinq jours, et qui maintenait l'utérus en antéversion prononcée. Cette tige métallique porte une cupule qui reste

---

(1) Barnes. — *Maladies des Femmes*, Londres, 1878, p. 245.
(2) Thomas. — *Maladies des Femmes*, Londres, 1880, p. 613.
(3) Sims. — *Soc. obst.*, New York, 6 avril 1886.

au fond du vagin où on la tient refoulée par un volumineux tampon iodoformé.

La tige cannelée en aluminium de Lefour date de 1891. Sa description va être faite à l'occasion de l'un des chapitres suivants. Le procédé actuellement employé par M. le docteur Lefour est, sauf de très légères modifications, celui qu'il préconisait dès le début. Nous renvoyons à ce sujet au chapitre IV de la seconde partie.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Drainage avec la tige d'aluminium de Lefour maintenue au moyen du disque de Courtin.

(Méthode de M. le Professeur Lanelongue.)

M. le professeur Lanelongue a employé la tige d'aluminium de Lefour dès 1891. Au début il réservait son usage aux cas de sténose, flexions et déviations utérines. Plus tard seulement il chercha à étendre son action aux salpingo-ovarites et à la périmétrite (1892-1893). C'est en 1893 qu'il imagina, pour éviter de traverser le col par un fil destiné à supporter la tige, de la maintenir au moyen du disque de Courtin. (V. fig. hors texte).

§ I. Tige. — M. le docteur Lefour, chirurgien de la Maternité, a fait construire à Bordeaux, par Gendron, une tige en aluminium qu'il a présentée à la Société de Gynécologie comme drain et tuteur utérin dans les cas de flexion.

Cette tige a une longueur de 5 cent. 1/2; cette dimension moyenne peut être modifiée suivant des indications spéciales.

Sur une coupe transversale, l'instrument paraît constitué par deux lames se coupant à angle droit. La tige présente en effet, dans le sens de sa longueur, quatre cannelures profondes de 3 millim. 1/2, séparées par quatre arêtes épaisses de 2 millimètres. Les bords mousses de ces arêtes se rejoignent à chaque extrémité de la tige pour lui donner une forme légèrement conique.

Environ à 7 millimètres de l'extrémité destinée à rester dans le col, on a foré la tige perpendiculairement à son grand axe; les deux orifices ainsi ménagés au fond de deux cannelures symétriques sont destinés à laisser passer le crin qui fixe l'instrument dans le col. (Procédé de Lefour.)

La circonférence totale de la tige est d'un peu moins de 2 centimètres; elle correspond au n° 20 de la filière Charrière.

Son poids, bien qu'elle soit pleine, n'est que de 3 grammes; il peut donc être considéré comme presque négligeable.

L'aluminium a en outre l'avantage de ne pas se modifier au contact des sécrétions ou des liquides antiseptiques. Dans un seul cas (Obs. XXXVI) nous avons vu le métal érodé par le contact de solutions de sublimé à 1/4000.

§ 2. Disque. — Le disque que M. le docteur Courtin, chirurgien des hôpitaux, a présenté à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux a été en outre décrit dans la *Gazette de Gynécologie* en 1892 (T. VII). Il était destiné à maintenir dans l'utérus les crayons médicamenteux, les tiges de laminaire, les sondes pour injections intra-utérines prolongées.

Le disque, également fabriqué par Gendron, est en caoutchouc rouge, malléable. Son poids est de 4 grammes, son épaisseur est de 2 millimètres.

Le diamètre est de 4 centimètres ou de 3 cent. 1/2. Cette dernière grandeur est suffisante pour la grande majorité des cas.

Le centre est percé d'un trou de 2 millimètres de diamètre où les tiges, crayons, etc., entrant à frottement, sont solidement maintenus. Suivant la circonférence se trouvent 8 à 9 orifices de même dimension destinés à empêcher la stagnation des liquides sécrétés sur la face supérieure du disque.

Cette face, destinée à être en contact avec le col, est absolument lisse : La face inférieure présente un bourrelet haut de près d'un centimètre, qui forme couronne autour de l'orifice central. Ce bourrelet sert à retirer le disque en offrant aux pinces une prise facile; il sert également à isoler la saillie du bout inférieur des différents corps maintenus dans l'utérus.

Ces disques en caoutchouc aseptisés par ébulition dans une liqueur au sublimé sont conservés dans de petites boîtes métalliques étuvées.

§ 3. — Pour monter la tige sur le disque, il suffit de l'introduire dans l'orifice central où elle est un peu serrée e maintenue par l'élasticité du caoutchouc. On peut modifier à volonté la longueur du drain utérin en le faisant plus ou moins dépasser au-dessus de la face inférieure du disque. Le bourrelet qui s'y trouve est toujours suffisant pour cacher l'extrémité de la tige et l'isoler des parois vaginales.

L'introduction de l'appareil ainsi monté est des plus faciles, car elle se fait dans une cavité utérine toujours explorée à l'avance, le plus souvent dilatée et curettée. On saisit la petitet extrémité qui dépasse le disque avec une longue pince à pansement utérin. Le vagin est maintenu béant au moyen d'une ou deux valves; le col étant saisi avec une pince de Museux et ramené dans une bonne orientation s'il était dévié,

on introduit la tige dans le col; puis on lâche la pince de Museux, après quoi on n'a plus qu'à pousser la tige dans l'utérus jusqu'à ce que le disque affleure les bords du col. Le plus souvent il n'est même pas besoin de prendre le col avec une griffe : la tige bien saisie par la longue pince va à la recherche de l'orifice du col et le redresse même s'il est nécessaire. Le disque ne gêne nullement l'introduction de la tige surtout si on emploie des valves. En cas d'étroitesse du vagin, ou si l'on se sert du spéculum, il suffit, pour avoir plus de jour, de saisir entre les mors d'une pince le disque une fois replié. Ainsi aplati, il est introduit dans le vagin très facilement.

Voici quelques détails sur les conditions dans lesquelles le drainage est effectué dans le service de M. le professeur Lanelongue.

Les malades atteintes de salpingo-ovarite, périmétrite, avec poussées inflammatoires sont soumises pendant un certain temps à un traitement antiphlogistique qui comprend : 1° Suivant les cas, des applications sur l'abdomen, de glace, larges cataplasmes chauds, et onguent napolitain belladoné; 2° de la révulsion au moyen de pointes de feu, ou mieux de larges vésicatoires appliqués au-dessus du pubis, ou dans la région des fosses iliaques au niveau des points les plus douloureux ou les plus tuméfiés, et pansés ensuite avec de l'onguent napolitain belladoné; 3° une fois par jour, de grands lavements à l'eau bouillie; 4° deux fois par jour, des injections vaginales très chaudes de sublimé à 1/2000, quelquefois remplacées par des solutions d'acide phénique à 15/1000, ou de phénosalyl à 1/1000, de permanganate de potasse à 1/1000: 2 litres liquide environ pour chaque injection.

5° L'emploi de tampons d'ouate saupoudrés d'iodoforme ou de poudre de Lucas-Championnière, est réservé aux cas

où, dans l'intervalle des injections l'écoulement utéro-vaginal, est trop considérable ; dans les cas de métrite du col ou de périmétrite douloureuse avec ténesme rectal, etc... M. Lanelongue emploie de préférence des tampons enduits de glycérine ou d'onguent mercuriel belladoné.

Ce traitemeut est prolongé jusqu'à disparition ou atténuation des phénomènes inflammatoires aigus, après quoi seulement, les malades sont soumises au traitement chirurgical. Comme il est rare que des lésions des annexes ou même des flexions utérines existent sans métrite, le curettage de l'utérus s'est trouvé indiqué dans presque tous les cas; cependant, maintes fois, le drainage a pu se faire, et dans de bonnes conditions, après simple aseptisation avec ou sans dilatation préalable de l'utérus.

Les malades destinées à être curettées (si elles n'ont pas dû subir le traitement médical déjà indiqué), sont pendant quelqne temps avant l'opération, soumises au repos aussi complet que possible, préparées par deux purgations à l'huile de ricin, prises 4 jours, puis 2 jours avant l'opération; par un lavement évacuateur pris le matin même.

En outre des injections vaginales bi-quotidiennes, de grands bains au sublimé, le rasage préalable des parties vulvaires assurent une asepsie suffisante.

La dilatation est faite au moyen de tiges de laminaires conservées dans l'éther iodoformé, en deux séances le plus souvent : une ou deux tiges 13 ou 17 le 4e jour ; deux tiges 21 ou 17 et 21, le 2e jour avant l'opération.

Les malades explorées et pansées dans la position genu-pectorale sont opérées dans la position dorso-sacrée. Après toilette antiseptique — et, sous le chloroforme, lavage intra-utérin, curettage, puis de nouveau lavage avec une solution de sublimé très chaud; après quoi, friction de la cavité uté-

rine avec une série de six tampons allongés montés sur de longues pinces, dont ils enroulent les branches, imbibés, les premiers de sublimé à 1/1000, les trois autres de solution phéniquée à 50/1000. L'utérus vigoureusement frotté, se referme rapidement sur ces tampons et l'hémostate est facilement assurée. Si aucune intervention sur le col ne suit, on place alors dans l'utérus d'abord un gros crayon d'iodoforme, puis la tige avec le disque. Tamponnement du vagin avec des tampons iodoformés.

Outre le curettage, M. le Professeur Lanelongue, pratique :

1° La trachélorrhaphie uni ou bi-latérale dans le simple cas de déchirure du col.

2° L'amputation du col, selon la méthode de Schröder, dans le cas de déchirures multiples, ectropion, ulcérations étendues, dégénérescence scléro-kystique, hypertrophie, etc... ;

3° La colporrhaphie. antérieure, postérieure ou double, dans les cas de cystocèle, rectocèle, simple relâchement des parois vaginales avec intégrité du périnée ;

4° La périnéorrhaphie seule ou la colpopérinéorrhaphie, quand il existe des déchirures ou une flaccidité exagérée du périnée ;

5° Plus rarement le raccourcissement des ligaments ronds, dans les cas de rétroversion ou flexion, avec ou sans prolapsus, dont les moyens précédents ne paraissent pas devoir maintenir la réduction.

Toutes ces opérations ne gênent en rien l'emploi du drain. Il faut avoir soin seulement de le placer après les amputations du col, et avant les opérations pratiquées sur le vagin ou le périnée.

Après curettage seul, les tampons vaginaux sont enlevés du 6e au 8e jour qui suit l'opération ; du 8e au 10e jour seulement

après le curettage avec Schröder. A la suite de l'ablation du tamponnement (dont le renouvellement est rarement indiqué), les malades prennent seulement des injections vaginales. Elles peuvent se lever dès le 12e jour quand il y a eu curettage seul.

Dans les colpopérinéorrhaphies, M. Lanelongue fait un pansement vaginal avec des tampons de petit volume, allongés et enduits de vaseline iodoformée. Ils sont facilement retirés le 4e jour grâce à des fils classés par ordre auxquels ils étaient attachés. Dans la suite, la malade prend des injections vaginales données avec précaution. Pansement de la plaie périnéale et toilette vulvaire renouvelés une ou deux fois par jour. Les malades ne doivent pas se lever avant trois semaines.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

La plus grande partie de ces observations provient du service de M. le professeur Lanelongue. Nous remercions particulièrement son chef de clinique, M. le docteur Faguet, nos camarades J. Vergely et Fieux, qui nous ont aidé à les recueillir ou à les suivre. Les autres nous ont été fournies par M. le docteur Rivière, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien adjoint de la Maternité, par MM. Courtin et Monod, chirurgiens des hôpitaux, par M. le docteur Baret de Nazaris, d'Agen.

Observation I, résumée (Dr R...)

Antéflexions — Dysménorrhée — Troubles réflexes graves.

Mme X..., à la suite d'un accouchement remontant à plusieurs années, avait eu un relâchement de la symphyse pubienne qui l'avait laissée dans l'impossibilité de faire la moindre marche un peu prolongée. Néanmoins aucun accident du côté de l'utérus ni des annexes. Les règles restèrent normales jusqu'en 1893. A partir de ce moment, sans qu'il y ait eu de poussée inflammatoire apparente, survinrent avec quelques irrégularités, des douleurs dans le bas ventre, différentes de celles qui, de date plus ancienne, étaient attribuables à la disjonction symphysienne; en même temps, ténesme rectal et vésical très pénible, mais surtout un état d'éréthisme permanent du clitoris, accompagné de prurit et de sensations douloureuses, bizarres, dont l'exaltation allait parfois jusqu'à la volupté.

Antéflexion utérine pure. Application d'une tige avec disque.

Au bout de deux mois, la malade n'accusait plus aucune douleur; les troubles d'inervation du côté de l'appareil génital externe avaient disparu, ainsi que le ténesme vésical et rectal. Plus de constipation.

Résultat rapide et excellent. Amélioration de l'état général.

Observation II

Antéflexion — Endométrite — Dysménorrhée — Ulcérations du col.

Alexandrine C..., trente ans, tailleuse, entre salle 8, lit 12, le 3 novembre 1893.

Antécédents personnels. — Chloro-anémique. Premières règles à

seize ans, irrégulières, décolorées, peu abondantes au début; elles ont, depuis trois ans, pris le caractère hémorrhagique. Pertes blanches très abondantes en temps ordinaire; elles sont plus glaireuses après les menstrues. Une grossesse terminée par un avortement (3 ans). Dans la fosse iliaque gauche surtout, les lombes, toute l'excavation, douleurs presque continuelles, avec irradiations jusqu'au creux poplité; exagérées par la marche, la station debout, et plus encore au moment des périodes menstruelles extrêmement pénibles. Souvent, nausées, vomissements, vertiges, troubles dyspeptiques rebelles. Ni constipation, ni dysurie.

De nombreux traitements antérieurs sont restés sans résultat : (Injections de créoline, sublimé, teinture d'iode, iodoforme, cautérisations diverses, ovules médicamenteux, etc.).

Examen. — On sent un peu l'utérus au-dessus du pubis; douleurs dans la fosse iliaque gauche. L'utérus est en antéflexion; corps un peu augmenté de volume; le col est gros, ramolli sur sa lèvre inférieure où existent quelques ulcérations; son orifice est petit, punctiforme. Tous les culs-de-sac sont libres. Rien aux annexes. Hystérométrie, 7 cent. 1/2.

Opération, 9 novembre 1893. — Curettage, drainage. Le soir 38°6. Pas de température les autres jours. Cystite très douloureuse pendant six jours. Le 20 novembre, la malade sortait en bon état. Point de douleurs.

16 février 1895. — Plus d'un an après l'opération. Les règles sont régulières, encore douloureuses, mais beaucoup moins qu'avant; dans l'intervalle, les douleurs ont diminué considérablement. Etat général très amélioré. Depuis quelques temps, les règles sont brunâtres, répandent une odeur fétide, « presque suffocante ». Des pertes blanches existent, en abondance, fétides.

2 mai. — Pertes fétides, qui ont parfois une teinte brune. Règles non douloureuses et régulières, mais répandant une très mauvaise odeur.

Antéflexion persistante. Tige laissée.

Résultat. — Diminution des douleurs. Règles à peu près normales, mais pertes très fétides.

Observation III, résumée (Dr C...)

Antéversion.

Mme X..., trente-quatre ans, mariée depuis treize ans. Pas de grossesse. Pas de signes de métrite. Rien aux annexes. Règles douloureuses, mais assez régulières. Antéversion très prononcée. Drainage pendant trois mois et demi, sans accident. Amélioration considérable. Un mois et demi après l'ablation de la tige, dèbut d'une grossesse qui a normalement évolué.

Observation IV, résumée (Dr C...)

Antéflexion — Métrite du col.

Mme X..., mariée depuis longtemps, sans enfants. Pas de périmétrite, ni lésion des annexes. Antéflexion pure, pas très accentuée. Métrite du col, etc. Amélioration rapide. Règles bien.

Deux mois et demi après l'ablation de la tige, arrêt des régles. On constate à ce moment les premiers signes d'une grossesse. Cependant, on ne saurait affirmer que la conception ait eu lieu malgré la présence du drain, puisque la tige, lorsque la malade fut revue, était presque totalement sortie de l'utérus.

Observation V, résumée (Dr C...)

Antéflexion — Métrite purulente.

Mme X..., vingt-quatre ans, pas d'enfants; présentait outre de l'antéflexion, de la métrite purulente, des douleurs, etc. Rien aux annexes. Drainage.

Après dix jours, fièvre, douleurs dans le bassin, ténesme, etc.; ouverture dans le rectum d'un petit abcès péri-utérin.

L'accident survenu ici est sans doute imputable à la nature purulente de l'écoulement qui existait avant l'opération.

Observation VI (Dr B. de N...).

Antéflexion utérine très prononcée.

Mathilde M..., dix-neuf ans, vierge, réglée à seize ans régulièrement. Eprouve des douleurs atroces au moment des règles durant les deux premiers jours. La malade est obligée de garder le lit tellement les douleurs sont violentes. Des vomissements survenaient pendant chaque époque menstruelle, Au toucher, col virginal coudé à angle aigu sur le corps de la matrice régulièrement développé.

Dilatation avec laminaires nos 9, 17, 21. Drainage. Quelques douleurs dans le bas ventre dans les premiers jours qui suivent l'application de la tige. Pendant trois mois, état général parfait; règles sans aucune douleur, ni vomissements. Puis surviennent des pertes répandant une odeur infecte. Le drain est enlevé. Il y avait sur le vagin au niveau du point d'appui du disque, une légère ulcération. Depuis, les règles ont continué à revenir normales et indolores.

Résultat.—Disparition totale de la dysménorrhée, accidentellement, fétidité des sécrétions.

Remarque. — La malade avait perdu sa tige le vingtième jour après l'opération, à la suite d'une course rapide qu'elle avait faite pour attraper un enfant. Elle s'en était du reste aperçu immédiatement, et le drain fut replacé.

Observation VII, résumée (Dr L...).

Antéflexion; dysménorrhée membraneuse.

Mme X..., vingt-neuf ans, mariée, pas d'enfants. Les règles sont irrégulières, douloureuses, suivies de l'expulsion de larges plaques

membraneuses; dans l'intervalle, douleurs dans le bas ventre; écoulement muco-purulent très épais.

Utérus en antéflexion. Toucher douloureux dans les culs-de-sac sans tumeur annexielle (juillet 1893). Curettage, drainage.

La malade a été revue depuis : l'utérus est en position normale, bien mobile. Les périodes menstruelles sont régulières, non douloureuses, non suivies de l'expulsion de lambeaux muqueux.

Dans les derniers temps, quelques pertes blanches parfois fétides.

Observation VIII, résumée (Dr L...).

Rétroflexion douloureuse. — Dysménorrhée.

Mme X..., vingt-deux ans, mariée sans enfants. Premières règles à onze ans, ont été toujours douloureuses, mais régulières. Pas de douleurs dans l'intervalle, pas de signes de métrite.

L'utérus est en rétroflexion : la réduction en est possible, mais douloureuse. Sensibilité des annexes sans tuméfaction.

Dilatation sans curettage. Drainage.

Depuis, les règles sont restées régulières ; les premières époques sans douleurs ; puis les règles ont été de nouveau douloureuses, mais d'une façon intermittente.

Remarque. — Cette malade est encore en traitement ; mais le seu symptôme qu'elle présentait, la dysménorrhée, a été heureusement modifié. Résultat encore incertain.

Observation IX, résumée (Dr R...).

Rétroflexion. — Dysménorrhée.

Melle X..., dix-neuf ans, souffrait depuis l'apparition de ses premières règles de douleurs très violentes qui survenaient à chaque époque

menstruelle. Les souffrances étaient telles, que la malade était obligée de s'aliter pendant quelques jours. Leur persistance, malgré tous les traitements employés, et l'apparition de troubles nerveux, réflexes très pénibles décidèrent cette jeune fille à laisser pratiquer un examen, qui dénota simplement l'existence d'une rétroflexion.

Depuis sept mois, Mᵉˡˡᵉ X... porte une tige avec disque ; les coliques, les douleurs dans le petit bassin et la partie supérieure des cuisses ont disparu au moment des règles, normales, comme abondance et très régulières. Il persiste encore une irritabilité nerveuse excessive, et quelques douleurs irradiées, dans l'hypocondre droit. Etat général excellent.

Résultat. — Disparition complète de la dysménorrhée.

Remarque. — C'est à l'occasion des difficultés que le docteur R... éprouva dans l'introduction du drain chez cette malade qui était vierge, qu'il imagina une pince spéciale que nous décrirons plus loin.

Observation X, résumée (Dʳ R...).

Rétroversion irréductible.

Mᵐᵉ L.... trente-deux ans, a eu deux enfants; la dernière grossesse suivie d'accidents inflammatoires péri-utérins. Depuis cinq ans, douleurs dans les lombes, constipation, dysménorrhée, etc. Deux chirurgiens conseillèrent l'hystéropexie abdominale pour une rétroversion. Le docteur R..., constate l'existence d'une rétroversion absolument irréductible et douloureuse, avec adhérences solides et étendues. Etat neurasthénique grave. Pendant quelques temps, tamponnement forcé du vagin avec des tampons glycérinés.

L'utérus étant déjà un peu mobilisé est maintenu, réduit avec une tige et un disque.

Après quatre mois de traitement, l'amélioration est déjà considérable. L'emploi de la tige est encore conseillé.

Remarque. — La libération de l'utérus déjà commencée par la « columnisation » est bien plus accentuée depuis l'application du drain, avec laquelle coïncide également la cessation des douleurs.

Observation XI, résumée (Dr R...).

Rétroflexion — Stérilité.

Mme S..., trente-six ans. Dysménorrhée très intense; pas de sténose du col, mais rétroflexion très prononcée au point d'empêcher l'introduction de l'hystéromètre. Drainage avec tige et disque. La tige fut expulsée spontanément et seule, après cinq mois. Les douleurs avaient totalement disparu.

Mme S... n'avait pas eu de grossesse. Depuis le traitement, elle a fait une fausse couche d'un mois (?) consécutive à un accident.

Observation XII, résumée (Dr R...).

Rétroflexion. — Sténose cicatricielle du col. — Dysménorrhée.

Mme A..., trente-ans. Pas de grossesses. Douleurs extrêmement violentes au moment des règles, depuis la puberté. Nombreux traitements sans résultat; notamment des cautérisations au sulfate de cuivre qui ont été sans doute l'origine d'une sténose du col. En outre, rétroflexion utérine.

Dès le premier mois qui suivit l'application du drain, la période menstruelle fut absolument indolore. La tige et le disque furent main-

tenus cinq mois pendant lesquels les règles furent normales. Depuis leur ablation qui remonte à huit mois, l'état général reste parfait, les fonctions menstruelles normales.

Résultat. — Excellent à tous les points de vue.

Observation XIII

Endométrite ancienne — Kyste volumineux du col — Rétroversion douloureuse.

Aimée M..., quarante-cinq ans, cuisinière, entre salle 8, lit 8, le 11 avril 1894.

Antécédents personnels. — Premières règles à quatorze ans, très abondantes et toujours accompagnées de douleurs. A dix-huit ans, grossesse; après quoi les règles sont revenues, assez régulières mais extrêmement pénibles; de quarante à quarante-trois ans, ménorrhagies, la malade souffre presque continuellement de douleurs dans les reins, la région coccygienne, le bas-ventre et les cuisses. Pertes blanches. Etat général mauvais; ténesme rectal; entérite chronique.

Examen — Palper souple, peu douloureux partout. Au toucher, bosselures sur le col (gros kystes, œufs de Naboth, qui sont vidés au bistouri); allongement hypertrophique de la lèvre inférieure surtout; grande déchirure commissurale. L'utérus est en rétroversion, douloureux et fixé; rien aux annexes. Hystérométrie, 7 cent. 1/2.

Opération, 23 avril 1894. Curettage Schroder. Drainage. Quinze jours après, la malade se plaignant d'une forte douleur au moment d'aller à la selle, on découvre une petite fissure anale qui est dilatée sous le chloroforme. Aimée M... sort un mois après, se plaignant encore de souffrir des lombes; pendant un mois encore, elle souffrit beaucoup : on la traita pour une entérite pseudo-membraneuse, bientôt améliorée.

Février 1895. — Les règles de cette femme sont régulières, nor-

males comme abondance; pas de pertes blanches; pas de ténesme anal; l'état général est très amélioré; elle peut faire un travail continu; restent des phénomènes dyspeptiques.

17 avril 1895. — Etat général bon; entérite pseudo-membraneuse persistante malgré un traitement approprié. Règles ont persisté jusqu'au mois dernier, où elles ont été moins abondantes; sans aucune douleur. Pas de pertes.

Palpation indolente. Utérus en rétroversion, gros, absolument fixé, non douloureux. Culs-de-sac souples, rien aux annexes.

Le disque venait de tomber il y a cinq jours; on n'a pu sentir la tige que la malade affirme n'avoir pas perdue; une exploration avec l'hystéromètre est jugée nécessaire.

Résultat. — Dans l'état local aucune modification. Légère amélioration de l'état général et diminution des douleurs.

Observation XIV, résumée (Dr M...).

Métrite blennorrhagique.

Mme B..., vingt-trois ans, mariée depuis quatre ans; pas de grossesse. Symptômes d'une métrite probablement blennorrhagique qui remonterait à quatre ou cinq mois après son mariage: douleurs, écoulement muco-purulent, sensibilité avec tuméfaction légère des annexes.

Curettage, le 14 février 1894. Tige et disque appliqués le 8 mars. Le drain est bien supporté pendant une vingtaine de jours; après quoi surviennent en dehors de toute époque menstruelle quelques pertes sanguinolentes. La tige qui était en partie sortie du col (28 mars) est remise en place, mais les pertes sanguinolentes continuant, elle est enlevée le 11 avril.

Depuis, l'usage prolongé d'injections au permanganate de potasse a amené la guérison de la métrite.

Observation XV

Endométrite. — Dysménorrhée. — Prolapsus.

Marie J..., journalière, trente ans, entre salle 8, lit 27, le 23 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Les premières règles sont venues à treize ans, assez abondantes, sans douleurs, régulières, avec une leucorrhée insignifiante.

Mariée à vingt et un ans, cette femme a eu une première grossesse normale, puis une seconde, suivie sans accidents d'une fausse couche au deuxième mois, puis encore deux autres grossesses normales. Elle est restée bien jusqu'en février 1894. A cette époque, au moment des règles et dans leur intervalle, ont apparu des douleurs dans les lombes, le bas-ventre, le haut des cuisses, avec tiraillements douloureux pendant la marche, etc. Les pertes blanches sont devenues très abondantes.

Examen. — Le périnée, flasque, a des traces de déchirure ancienne. L'utérus est volumineux, mobile, un peu douloureux. Le col a des déchirures bilatérales; il est allongé, gros et dur. Dans les culs-de-sac, les annexes sont seulement perceptibles, un peu sensibles. Hystérométrie, 8 centimètres.

Opération, 29 juillet 1894. — Curettage. Colporrhaphie postérieure. Drainage. La malade est sortie en bon état le 13 août.

A la fin du mois d'octobre, elle a été revue; les pertes blanches, restées aussi abondantes, étaient devenues très fétides; règles toujours régulières, mais aussi toujours douloureuses. On enlève le drain.

En mars 1895, Marie J... revient, elle n'a plus de pertes d'aucune sorte; les règles, régulières, sont normalement abondantes et non douloureuses. L'état général est excellent.

La colporrhaphie postérieure a donné un bon résultat. Autour du col amputé, tous les culs-de-sac sont souples. Utérus diminué.

Résultat. — Disparition de la leucorrhée et des douleurs.

Remarque. — La fétidité des pertes a été passagère et n'a pas coïncidé avec l'amélioration ; celle-ci est survenue après l'ablation de la tige.

Observation XVI

Endométrite — Prolapsus utérin — Métrite du col.

Marie F..., trente-huit ans, entre salle 8, lit 15, le 19 janvier 1894. Elle n'a jamais été bien réglée — à dix-huit ans. — Elle a eu trois grossesses normales dont la dernière remonte à seize ans. Plus particulièrement depuis cette époque, Marie F... a presque toujours souffert du bas-ventre, des reins, dans le haut des cuisses, etc. Elle est très nerveuse et a été maintes fois soignée pour des accidents hystériformes. Il y a un an, après une chute sur le sacrum, dit-elle, les règles habituellement irrégulières sont devenues plus douloureuses encore. Leucorrhée.

Examen. — Utérus prolabé, en position normale, mobile mais douloureux. Le col est gros, déchiré, scléro-kystique, sans ectropion. Dans les culs-de-sacs, bien souples, les annexes sont sains. Les parois vaginales sont flasques.

Opération le 15 février 1894. — Curettage, Schroder, Colporrhaphie postérieure. Drainage.

Suites bonnes. La malade est partie après un mois, sans avoir encore été réglée et ne souffrant plus.

10 août 1894. — L'état général s'est bien amélioré; Marie F... n'a pas eu de crises nerveuses et n'accuse plus que de légères douleurs entre les deux épaules. Les règles sont venues très régulièrement et

sans aucune souffrance. Pas de leucorrhée. Le palper et le toucher sont bien supportés. L'utérus est en position normale; souplesse absolue partout dans les culs-de-sac. Tige laissée.

17 avril 1895. — La malade est revenue à l'hôpital, salle 1, avec un phegmon péri-utérin incisé par le vagin par le docteur Dubourg. Le drain était couvert de secrétions épaisses et fétides. L'apparition du plegmon était de date récente; une quinzaine de jours au plus. Il a du reste guéri très rapidement ne laissant de traces, sans tumeur apparente des annexes, qu'un peu d'empâtement dans les culs-de-sac postérieur et droit; utérus fixé en rétroversion. Marie F... a raconté que, dès le mois d'août, après avoir été revue, elle avait remarqué que ses règles restant régulières et indolores, étaient devenues très fétides; quelques pertes blanches de même nature.

Résultat. — Résulat excellent et persistant pendant plusieurs mois. Secondairement, infection et phlegmon de la fosse iliaque.

Remarque. — Marie F... a avoué n'avoir jamais fait aucune injection vagiuale depuis son premier séjour à l'hôpital.

Observation XVII

Métrite ancienne — Dysménorrhée — Ménopause difficile.

Constance D..., cinquante ans, entre salle 8, lit 27, le 15 mai 1894.

Premières règles à quinze ans; normales; pas de leucorrhée. Mariée, a eu cinq grossesses, à dix-huit, vingt-trois, vingt-cinq, vingt-sept et trente ans. Toutes oni été bien supportées et sans aucune suite pathologique.

Constance D... est restée bien pendant douze ans. Puis, en 1886, les règles sont devenues parfois extrêmement abondantes, irrégulières et très douloureuses. Souffrances dans l'intervalle des périodes. Depuis un an tous ces phénomènes se sont beaucoup accentués; les règles

sont un peu plus rares (tous les trois ou quatre mois sous forme de ménorrhagie). L'état général est resté bon.

Examen. — La palpation, le toucher et l'examen direct ne révèlent rien d'anormal du côté de l'utérus ou de ses annexes.

Opération le 21 mai 1894. — Curettage. Drainage. La malade est sortie le 9 juin en bon état, venant d'être réglée pendant quatre jours et sans aucune douleur. Le mois suivant elle souffrit un peu, puis elle eut deux périodes assez rapprochées, très faciles.

A la fin d'août, quelques pertes sanguinolentes qui s'accompagnèrent, comme avant l'opération, de vomissements, crampes très violentes dans les reins, etc... La tige fut enlevée à ce moment. Un mois après, nouvelle et dernière période menstruelle. Pendant les règles ou dans leur intervalle, il n'y a jamais eu de pertes fétides. La malade revue en mars 1895, était en parfaite santé.

Résultat. — Amélioration de la dysménorrhée pendaut trois mois; règles plus fréquentes et moins abondantes.

Remarques. — La ménopause paraît être survenue définitivement chez cette femme. Ce résultat n'est évidemment pas imputable au drain; mais celui-ci, sauf la crise du mois d'août, paraît avoir amené quatre périodes menstruelles à peu près normales.

Observation XVIII

Métrite hémorrhagique — Polype du col — Blennorrhagie.

Léontine S..., quarante ans, domestique, entre salle 8, lit 15, le 4 juin 1894.

A. H. nuls. A. P. Les premières règles venues à vingt ans ont été toujours abondantes (huit à douze jours, sans douleurs et assez régulières; retardant un peu; leucorrhée habituelle. Mariée à vingt-huit ans, une grossesse normale sans suites pathologiques.

Le 15 mai, peut-être au moment des règles, pertes sanglantes pendant une dizaine de jours, suivies pendant deux jours de pertes rosées, puis jaunes très odorantes. De nouveau et depuis quinze jours, pertes hémorrhagiques avec caillots volumineux que rien n'a pu arrêter.

Douleurs spontanées et à la pression dans tout le bas-ventre; dysurie.

Examen. — Utérus gros, sensible; sur la lèvre postérieure du col, au voisinage de la commissure gauche, il existe une saillie mollasse, framboisée, polype reconnu en outre par l'examen au spéculum.

Rien aux annexes.

Injections chaudes, tamponnement.

Opération le 6 juin 1894. — Curettage. Schroder. Drainage.

Suites immédiates bonnes : sort le 28 juin. Les règles revinrent ce même mois, sans douleurs; d'abondance moyenne.

Le 18 août la malade revenait perdant en grande abondance, mais sans caillots, depuis le début de la dernière époque (dix jours). La malade sortit quelques jours plus tard, ne perdant plus (injections chaudes seulement). Le mois d'octobre, les règles furent moins abondantes, mais de nouveau elles reprirent leur caractère antérieur en novembre. A cette époque, assez brusquement, la malade eut des pertes jaunes-verdâtres, avec douleurs pendant la miction, pollakiurie, etc. On la soigna salle 8 pour une blenorrhagie avec des injections de permanganate de potasse qui amenèrent un bon résultat. Le drain fut enlevé à la sortie de la malade.

Revue en mars 1895, dans la salle 21 où elle était rentrée pour une bronchite, cette femme nous a dit avoir toujours eu des menstrues très abondantes, avec peu de douleurs et un peu de leucorrhée dans l'intervalle.

Résultat. — Nul.

Remarques. — Les hémorrhagies habituelles n'étaient pas accompagnées d'expulsion de gros caillots et jamais elle n'en avait eu dans les périodes intercataméniales; certains renseignements fournis par

Léontine S..., permettraient de faire supposer qu'elle a fait une fausse couche lors de sa première entrée à l'hôpital. La tentative de drainage a été faite ici à la fois pour prévenir l'infection d'un utérus supposé puerpéral et pour essayer de modifier la muqueuse dans le cas de métrite hémorrhagique. Le Schroder était dirigé contre le polype qui ne paraît, du reste, avoir joué aucun rôle dans les faits que nous avons rapportés.

Observation XIX

Endométrite — Prolapsus génital total.

Marie D..., sans profession, trente-neuf ans, entre salle 8, lit 25, le 9 juin 1894.

A. P. Réglée à seize ans d'une façon absolument normale. Mariée à vingt ans, elle eut deux années après un enfant vivant. Depuis, les règles gardèrent leur caractère antérieur de régularité, non douloureuses, précédées et suivies de pertes blanches jamais persistantes. Il y a dix-huit mois douleurs au moment des règles, puis dans leur intervalle : les menstrues depuis huit mois surtout sont irrégulières et moins abondantes. Leucorrhée. Douleurs dans les flancs, le bas-ventre, les fosses iliaques, etc., signes habituels de prolapsus utérin. Etat général mauvais.

Examen. — Prolapsus utérin. Périnée flasque ainsi que les parois vaginales. Palper et toucher douloureux. Pas de renseignement sur l'état des annexes.

Juin 1894. — Opération : Curettage Schroder. Colpopérinéorrhaphie. Drainage. Suites excellentes et rapides.

Juillet et août. — Règles normales sans douleurs. En septembre et octobre. elles deviennent fétides, légèrement douloureuses, suivies de pertes blanches également fétides.

28 octobre 1894. — Tige et disque enlevés. Palper abdominal non douloureux. Toucher non douloureux. Utérus, volume, position et mobilité normaux. Culs-de-sac absolument libre. Périnée solide. Cicatrice du col et orifice en bon état.

En avril 1894. — Etat général excellent. Plus de pertes. Règles très régulières et indolores.

Résultat. — Disparition des douleurs et des troubles fonctionnels.

Observation XX

Endométrite. — Annexite gauche légère.

Madeleine U..., vingt-cinq ans, cuisinière, entre salle 8, lit 8, le 12 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-huit ans, normalement, sans douleur, pas de leucorrhée. Il y a quatre ans et demi, une grossesse terminée par un accouchement long et pénible. Presque en même temps qu'elle se levait, elle éprouvait des douleurs dans les lombes, les flancs; douleurs à gauche surtout; puis des pertes rouges presque continuelles auxquelles succédèrent des pertes blanches très abondantes, qui depuis n'ont pas cessé, accompagnant plus spécialement les périodes voisines des règles, Celles-ci sont redevenues régulières — trois à quatre jours; la malade affirme qu'elles sont l'occasion de la disparition des douleurs dont elle souffre autrement continuellement. On lui a fait subir depuis quatre ans divers traitements (notamment un curettage), qui n'ont amené aucun résultat.

Examen. — La palpation révèle partout de la souplesse; douloureuse un peu au-dessus du pubis et à gauche. Toucher, col normal. Utérus très gros et dur en antéversion, non fixé. Dans le cul-de-sac gauche seulement, du reste souple, on trouve les annexes augmentés

de volume et douloureux. Périnée et parois vaginales flasques. Hystérométrie 8 centimètres.

Opération, 20 juillet 1894. — Curettage. Colpopérinéorrhaphie. Drainage. Urétrite légère pendant quatre jours.

16 août. — La malade se plaint de souffrir du côté droit; les annexes sont gros comme un abricot; elle sort le 20. A ce moment l'utérus est un peu moins gros, en anté; dans le cul-de-sac gauche, souple, les annexes sont à peine perceptibles; mais à droite, ils sont manifestement enflammés, gros comme un abricot mais non bridés, douloureux.

20 octobre. — La malade a été seulement réglée ce mois-ci; retard non habituel; par contre, aucune souffrance, plus de pertes blanches. Madeleine U... peut faire sans douleur toute sorte de travail. On n'a pas l'occasion de pratiquer le toucher. Tige laissée. Périnée bon.

Janvier 1895. — La malade revient se plaignant de nouvelles douleurs survenues assez brusquement dans le bas-ventre; elle a eu de l'agitation, peut-être un peu de fièvre; les dernières règles ont été très fétides; peu de pertes. On enlève la tige. L'utérus est moins volumineux; mais il est fixé dans une gangue qui entoure tout le paramétrium dure, douloureuse, on perçoit le relief formé par les annexes formant tumeur absolument bridée de toute part. Paramétrite évidente, probablement de date récente.

Résultat final. — Mauvais. Utérus diminué de volume; après amélioration d'une oophoro-salpingite gauche légère, poussées successives des deux côtés, avec périmétrite terminale. Douleurs spontanées supprimées pendant un temps, ainsi que la leucorrhée. Dysménorrhée revenue.

Remarque. — La guérison était sans doute complète en octobre, l'ablation de la tige à ce moment eût probablement favorisé le retour des règles et laissé persister le premier résultat.

Observation XXI

Endométrite — Annexite gauche légère — Antéversion.

Eva B..., vingt-deux ans, sans profession, entre salle 8, lit 29, le 28 décembre 1893.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Premières règles à treize ans, trois jours, peu abondantes, bien colorées, sans caillots ni douleurs ; pas de leucorrhée, bien colorées; mariée à dix-neuf ans. A vingt ans, elle fit probalement une fausse couche de un mois et demi sans suites fâcheuses, puis une seconde grossesse normale. Après quoi la santé resta excellente jusqu'à il y a quatre mois. A ce moment, Eva B... commença à souffrir dans la fosse iliaque gauche et le haut des cuisses, le bas-ventre et les lombes ; la sensation de pesanteur et les crampes pénibles étaient réveillées par la marche, le moindre exercice. Pertes blanches; les règles étaient restées normales.

Examen. — Le fond de l'utérus est douloureux et facilement palpable au-dessus du pubis. Toucher, le col est dur, très allongé; le corps est en antéversion, mobile, modérément. Les culs-de-sac sont souples, mais des deux côtés, surtout à gauche, on perçoit les annexes, sensibles, augmentés de volume et bridés. Périnée flasque. Hystérométrie 8 cent. 1/2.

Opération, 4 janvier 1894. — Curettage. Schroder. Drainage. Du 14 au 16 janvier après l'ablation du premier tamponnement, on remarqua un écoulement purulent léger, au moment des pansements, et qui provenait de la plaie opératoire du col. Sort à la fin du mois.

7 mars 1894. — Toucher : Tous les culs-de-sac sont souples; on y sent peu les annexes. Malgré l'amputation du col, l'utérus reste un peu bas; en antéversion bien prononcée. Cette disposition a amené le

frottement de la tige contre la muqueuse vaginale postérieure. La malade accuse bien un peu de gêne pendant la marche et la défécation; mais comme les souffrances, et l'état général sont en voie d'amélioration, on laisse le drain.

Juillet. — Les règles ont été un peu irrégulières, trois à quatre jours; pas de douleurs, pas de leucorrhée. La malade ne souffre du côté gauche que lorsqu'elle se fatigue. Utérus très mobile en anté- annexes paraissent sains mais perceptibles des deux côtés. L'extrémité de la tige touche la paroi postérieure du vagin; elle est reçue dans une sorte de cupule que forment autour du point de contact les tissus épaissis ; pas d'ulcération.

28 novembre. — Les règles sont venues, quelquefois accompagnées de très légères douleurs; pas de souffrance dans l'intervalle; pas de leucorrhée. Utérus mobile en anté, annexes seulement perceptibles dans les culs-de-sac très souples. Plaque un peu indurée sur la paroi vaginale; la tige n'appuie plus en ce point. Drain enlevé.

Résultat. — Diminution des symptômes de métrite; du reste très légers. Périmétrite légère disparue. Antéversion un peu modifiée.

Remarques. — L'irrégularité constatée deux fois dans l'apparition des règles, n'a été que passagère et insignifiante. L'absence d'ulcération et de douleurs vives au toucher avait déterminé le maintien du drain malgré qu'il arrivât à toucher le vagin.

Observation XXII

Endométrite — Dysménorrhée — Salpingo-ovarite gauche.

Eulalie P..., trente ans, entre salle 8, lit 14, le 31 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer de l'utérus.

Antécédents personnels. — Fièvres intermittentes dans sa jeunesse; depuis longtemps non revenues.

Règles à douze ans, irrégulières, peu abondantes, douloureuses, Mariée à vingt ans, elle a fait après sept ans une fausse couche de trois mois. Depuis cette époque, les dysménorrhée antérieure et la leucorrhée ont augmenté; de plus, ont apparu les douleurs spontanées dans les lombes, les flancs, le haut des cuisses; très violentes parfois dans la fosse iliaque gauche. Dyspepsie, constipation opiniâtre.

Examen. — Palpation douloureuse à gauche dans la fosse iliaque que remplit une tuméfaction très nette, assez bien limitée. Utérus en position normale; culs-de-sac souples en arrière et à droite; mais à gauche, les annexes forment une tumeur, confuse, immobile, assez dure et douloureuse, du volume d'une mandarine. Col gros.

Opération, 3 juin 1894. — Curettage. Schroder. Drainage. Suites normales. — 15, 20 juin la tuméfaction du côté gauche n'est plus sensible par le palper; aucune douleur par le toucher dans le cul-de-sac gauche où déjà on arrive plus facilement sur la masse annexielle moins considérable.

24 juillet. — Règles quatre jours, sans aucune douleur, plus de leucorrhée.

2 septembre. — Nouvelle période normale (un retard de quatre à huit à jours était habituel pendant les périodes antérieures à sa grossesse où la malade était réglée); quelques pertes blanches fétides.

6 octobre. — Règles fétides légèrement; normales comme abondance, sans douleurs. Pertes blanches épaisses fétides; on enlève le drain; au-dessus du disque dont les trous sont en partie bouchés, et dans les cannelures, amas glaireux sale.

Examen. — La palpation au-dessus du pubis et dans les fosses iliaques ne révèle aucune douleur. L'utérus est en position normale, non volumineux, mobile. Les culs-de-sac sont absolument libres de tous les côtés; à droite cependant, contre la corne utérine, on peut atteindre les annexes simplement perceptibles, non augmentés de volume.

Eulalie P... dit ne plus souffrir du ventre; elle n'est plus constipée;

mais de temps à autre, elle éprouve dans le creux épigastrique la sensation d'une barre transversale, avec parfois un peu de vertige. Ces troubles sont attribuables à une ectopie rénale ancienne; le rein droit très mobile dans la position debout descend jusqu'au dessous de l'ombilic.

Résultat. — Dysménorrhée supprimée; plus de douleurs, malgré l'ectopie rénale: disparition d'une petite tumeur annexielle avec périmétrite légère.

Observation XXIII

Antéflexion — Endométrite — Métrite du Col — Annexite gauche.

Léontine L..., s. p., vingt-trois ans, entre aux Dames Payantes, chambre 5, le 1er février 1894.

Antécédents personnels. — Un peu nerveuse. Elle a été réglée à douze ans. D'abord pendant huit à dix jours ; règles bien colorées, sans caillots ni douleurs; puis moins abondantes ; un peu de leucorrhée.

Mariée à 20 ans, elle a eu pendant les trois derniers mois de la grossesse qui suivit, de l'œdême assez prononcé des membres inférieurs. Après l'accouchement, légère hémorrhagie. Levée au quatorzième jour, elle ne ressentit d'abord aucune douleur. Puis, pendant cinq mois, pertes verdâtres épaisses, un peu fétides, qui ont aujourd'hui beaucoup diminué. Les règles revenues un mois après l'accouchement sont régulières, elles durent trois jours, sans caillots, douloureuses à peine, et depuis un an seulement. A cette époque, l'état général s'est modifié peu à peu ; la malade a ressenti des tiraillements, de la gêne et de l'endolorissement dans les flancs, les lombes, le bas-ventre et les plis inguinaux. Ces phénomènes, presque continuels, sont exagérés par la marche, la fatigue, la station debout surtout. A signaler encore des pertes de sang très légères, qui depuis quelques temps surviennent deux ou trois jours après la menstruation, d'une façon presque régulière et sans douleur aucune. Constipation, parfois pollakiurie.

Examen. — Palper, douloureux à gauche seulement et profondément. Col scléreux cicatriciel ; utérus en antéflexion assez mobile ; les annexes gauches sont un peu plus gros que normalement, trompe et ovaire mal séparés.

Opérations, 6 février 1894. — Curettage, Schroder, drainage.

Du 8 au 12 février, un peu d'écoulement séro-sanguinolnet à la vulve, il fallut même changer plusieurs fois les derniers tampons du pansement vaginal. Du 10 au 12 février, quelques coliques très légères.

Température, 37.5 à 38 degrés. La malade sortit, souffrant encore du côté gauche.

Décembre 1894. — Léontine L... a toujours sa tige, elle souffre beaucoup moins des lombes et du bas-ventre qu'avant l'opération. Leucorrhée légère ; règles normales comme avant.

Mars 1895. — La malade est revue, elle est aujourd'hui capable de vaquer librement à ses occupations, ne souffre plus du tout. L'utérus est, en outre, absolument libre. Rien de particulier du côté des annexes qui paraissent sains.

Résultats. — Tous les symptômes pénibles ont disparu, ainsi que l'écoulement léucorrhéique.

Remarques. — Cette malade assez nerveuse souffrait encore lorsqu'elle a quitté l'hôpital ; il n'y avait pas de paramétrite ; annexite seulement très légère à gauche. L'écoulement post-opératoire avait commencé après la chûte de deux tampons vaginaux ; il fut accompagné d'un peu de fièvre.

Observation XXIV

Endométrite ancienne — Dysménorrhée — Salpingo-ovarite droite.

Anna C..., vingt-sept ans, entre salle 8, lit 26, le 28 mai 1894.

Antécédents personnels. — Les premières règles viennent à onze

ans, régulières durant cinq ou six jours, non douloureuses, suivies de pertes blanches abondantes.

Mariée à vingt ans, elle a eu trois grossesses arrivées à terme. Depuis le second accouchement et surtout depuis le troisième (il y a quatre ans), elle a éprouvé des douleurs dans les reins, le flanc et le bas-ventre, du côté gauche. Les règles sont devenues très douloureuses et très abondantes ; dans leur intervalle, pertes jaunâtres empesant le linge. Dyspepsie utérine ; souffrances presque continuelles.

Examen. — Au toucher, le corps est gros, douloureux, assez mobile; les annexes gauches sont facilement perceptibles, les annexes droits forment une tumeur assez volumineuse ; douleurs dans les deux culs-de-sac, surtout à droite.

Opérations, 25 mai 1894. — Curettage, drainage. Suites immédiates bonnes. Un mois après, Anna C... était réglée presque sans douleur. Elle fut revue successivement le 17 juillet, puis le 7 août 1894. A ce moment l'utérus était encore gros, les annexes droits aussi volumineux, mais peut-être moins sensibles. Troubles dyspeptiques persistants.

18 février 1895. — On institue un traitement dirigé contre l'alcoolisme, manifeste chez cette femme (gastrite avec dilatation, léger tremblement, insomnies, etc.). Les règles n'étaient plus douloureuses, venant régulièrement et durant six à huit jours ; quelques tiraillements dans les lombes et les cuisses.

« Après la menstruation, sensation d'eau brûlante qui descend dans les cuisses. »

Examen. — La tige est en bonne position, l'utérus un peu plus volumineux que normalement. Les annexes droits sont facilement perceptibles, mais peu douloureux ; du côté gauche, l'ovaire et la trompe paraissent normaux.

1er avril 1895. — Depuis deux mois, pendant les huit jours qui suivent les règles, pertes couleur marc de café et un peu fétides.

Examen. — Rien de particulier du côté de l'utérus et des annexes ; on enlève la tige et le disque dont l'odeur est la même au dire de la malade que celle de ses pertes.

Résultat. — Fonctions menstruelles sont restées régulières avec moins d'abondance et sans douleurs ; les souffrances ont disparu dans leur intervalle. Leucorrhée disparue ; pertes « spéciales » survenues récemment ; résultat excellent dans l'état local.

Observation XXV, résumé (Dr B... de N...)

Métrite — Ovarite droite légère.

Juliette T..., quarante-deux ans, mariée, deux grossesses normales, souffre de violentes douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté droit, rendant toute marche impossible. Métrite légère, ovarite droite. Dilatation, curettage, drainage.

Tige bien supportée pendant le premier mois. Règles moins douloureuses ; pas de pertes. Mais le second mois, redoublement des douleurs dans le bas-ventre ; la tige donne la sensation d'un corps étranger qui s'enfonce dans l'utérus. Elle est retirée. Depuis, continuation des douleurs qui augmentent ou moment des règles.

Remarque. — L'amélioration avait été très notable le premier mois. Cette observation a été la seule où nous ayons vu le port de la tige devenir pénible au point de nécessiter son ablation.

Observation XXVI, résumé (Dr B... de N...)

Dysménorrhée — Métrite — Ovarite gauche légère.

Veuve R..., 32 ans, pas de grossesse, a des règles douloureuses, métrite et ovarite gauche légère. Dilatation, écouvillonnage, drainage. Trois périodes menstruelles qui restent douloureuses. La tige est

enlevée au troisième mois, alors qu'il existe des douleurs dans le bas-ventre et des pertes blanches fétides. Après ablation, persistance d'une leuccorrhée abondante et de la sensibilité de l'ovaire gauche. Règles un peu moins pénibles.

Résultat. — Nul. Pertes fétides.

Remarque. — Au cours du traitement, le drain était tombé à la suite d'une injection qui avait distendu la cavité vaginale et qui avait été gardée en partie.

Observation XXVII, résumé (Dr C...)

Pyosalpinx.

Madame X... présentait outre les signes habituels d'endométrite (notamment une dysménorrhée intense), un écoulement purulent survenant par crises et très abondant : vomique salpingienne attribuée à l'existence d'un pyosalpinx, avec ovarite du côté gauche. Après drainage pendant trois mois, il y eut sans crise nouvelle une amélioration dans les douleurs, les fonctions menstruelles et les signes locaux. Après quoi les choses ayant tendance à revenir à l'état antérieur, on modifia le traitement.

Résultat. — Le drainage continué pendant trois mois seulement avait amené une diminution de la collection tubaire et une amélioration des phénomènes douloureux.

Observation XXVIII, résumée (Dr M...)

Endométrite — Salpingo-ovarite droite — Hydrosalpinx

Mme E..., vingt-huit ans, mariée à dix-huit ans. Quatre grossesses. Symptômes de métrite datant de 1889 ; divers traitements, notamment un curettage, sont sans résultat.

En décembre 1892, persistance de douleurs dans la fosse iliaque droite ; endométrite. Au toucher, les annexes droits sont douloureux et tuméfiés; le col dévié à gauche, un peu entrouvert, sans ectropion, donne issue à un liquide muco-purulent très adhérent. La malade nous apprend qu'il lui arrive de temps en temps de perdre une notable quantité d'un liquide clair qui l'inonde brusquement. On peut en conclure qu'il existe chez elle de l'hydrosalpinx avec évacuation intermittente de la collection dans l'utérus. Traitement médical longtemps prolongé sans résultat.

En juillet 1894, après dilatation, sans curettage; application d'une tige avec disque. Au dixième jour, le drain étant en partie expulsé, est remplacé après une seconde séance de dilatation. Au bout de deux mois et demi, la malade n'accuse plus aucune souffrance; elle a repris sa vie normale, la santé générale est parfaite, ablation du drain (16 octobre). Mais le 18 octobre se déclarait une poussée aiguë d'ovaro-salpingite droite avec phénomènes péritonéaux graves qui tient la malade longtemps alitée. Aujourd'hui (mars 1895) l'état inflammatoire ayant disparu, le docteur M... se propose de faire une seconde application du drain.

Remarque. — La poussée de salpingo-ovarite secondaire est absolument indépendante du traitement puisqu'elle est survenue après l'ablation de la tige. Le drainage maintenu pendant deux mois et demi seulement avait donné d'excellents résultats.

Observation XXIX

Endométrite hémorrhagique — Métrite du col — Hydrosalpinx

Jeanne S..., vingt-cinq ans, entre salle 8, lit 12, le 8 février 1894.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans huit jours, sans caillots ni douleurs avec un retard régulier; des pertes blanches. A eu une grossesse normale sans suites, il y a deux ans.

Le 10 janvier, Jeanne S... a eu des pertes de sang très abondantes qui l'ont beaucoup affaiblie. Le 3 février, nouvelle hémorrhagie qui s'accentue vers le quatrième jour, accompagnée de tendance à la syncope, vertiges, etc. Puis surviennent de nombreux caillots; aucune trace de germe. Depuis quelque temps, la malade éprouvait des tiraillements douloureux dans les reins, du ténesme anal, de la pesanteur très pénible, etc., tous phénomènes considérablement accrus au moment des hémorrhagies.

Examen. — Pas de douleur par la palpation. On ne sent pas l'utérus; la fosse iliaque droite paraît « remplie », sans empâtement toutefois; col petit, dur, cicatriciel, avec déchirure latérale et ectropion muqueux. Utérus en retroposition, un peu fléchi, volumineux, très peu réductible, douloureux. A gauche, rien; à droite, contre l'utérus, étendue transversalement vers le bassin, une tumeur liquide non tendue, dont les limites diffuses et l'indolence rappellent les caractères d'un kyste du parovaire (plus gros qu'une mandarine).

Opération le 2 février 1894. — Curettage Schroder. Drainage.

Le tamponnement est pendant quelques jours imprégné de pertes sanguinolentes, épaisses, peu abondantes. La malade sort le 11 mars. La tumeur du côté droit existe toujours; la tige en bonne position et l'utérus déjà moins volumineux.

15 février 1895. — Utérus en bonne position, mobile, non douloureux, de volume normal. Tous les culs-de-sac sont absolument souples. Dans le cul-de-sac droit, on ne trouve plus la tumeur que les premiers examens avaient signalée; la trompe de ce côté n'est même pas perceptible. La malade n'a jamais eu d'hydrorrhée; on peut cependant conclure qu'il s'agissait non d'un kyste du parovaire, mais d'un hydrosalpinx qui s'est spontanément et peu à peu vidé pendant le drainage.

Règles, régulières, d'abondance normale. Leucorrhée insignifiante. Pas de douleurs d'aucune sorte.

Résultat. — Amélioration d'une rétroflexion un peu fixée; diminu-

tion de volume de l'utérus; guérison d'un hydrosalpinx; disparition des hémorrhagies et des douleurs.

Observation XXX

Endométrite — Dysménorrhée — Périmétrite — Salpingo-ovarite droite — Prolapsus génital.

Julie B..., trente-cinq ans, entre salle 8, lit 5, le 7 avril 1894.

Antécédents personnels. — Premières règles à dix-huit ans, régulières, sans douleurs. Pas de leucorrhée. De vingt-quatre à trente-deux ans, cette femme a eu sept grossesses, dont la dernière gémellaire. Ce n'est qu'à la suite de son dernier accouchement qu'elle a commencé à souffrir : douleurs dans les hanches, le bas-ventre, le flanc et le côté droit, en même temps qu'apparaissaient des pertes blanches bientôt épaisses et abondantes. Les règles devinrent aussi irrégulières et très douloureuses : métrorrhagies et ménorrhagies. Aucune amélioration par les traitements employés. L'état général devient mauvais.

Examen. — Le palper est douloureux dans la fosse iliaque droite et au-dessus du pubis. Un peu d'empâtement. Au toucher, le col est gros, déchiré. L'utérus gros, fixé en antéversion, douloureux. Les annexes gauches sont seulement perceptibles; mais dans le cul-de-sac droit empâté, les annexes forment une tumeur irrégulière, dure, grosse comme le poing, absolument fixée. Périnée déchirée. Parois vaginales flasques.

Opération 6 avril 1894. — Curettage Schroder, colpopérinéorrhaphie, drainage. Suites immédiates bonnes. Amélioration déjà considérable après un mois quand la malade sort.

13 août 1894.— Les règles sont venues régulièrement, mais encore douloureuses. Pertes blanches persistantes. Utérus encore gros, les

deux culs-de-sac sont très souples. La tumeur que formaient les annexes droits a totalement disparu.

Février 1895. — Drain enlevé. Utérus en situation normale, non volumineux, ni douloureux. La cicatrice du col est assez haute. Les annexes sont sains. Le périnée solide.

Les règles sont venues régulièrement et sans aucune douleur; persistent quelques pertes blanches; la malade se fatigue du reste beaucoup. Etat général parfait.

Résultat. — Excellent. Utérus diminué de volume; guérison de la salpingo-ovarite et périmétrite. Fonctions menstruelles normalement rétablies.

Observation XXXI

Endométrite — Dysménorrhée — Périmétrite salpingo-ovarite gauche.

Louise C..., employée de commerce, trente-quatre ans. Entre salle 8 lit 25, le 6 mars 1894.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à vingt-six ans. Les premières règles sont venues à quinze ans, abondantes, quatre à cinq jours, accompagnées de coliques au début.

Première grossesse à vingt et un ans, avec fausse couche de trois mois; deuxième fausse couche; à vingt-trois ans, grossesse à terme; à vingt-quatre ans, fausse couche de trois mois; deux autres grossesses normales à vingt-six et vingt-neuf ans.

Dans l'intervalle des différentes grossesses, la malade a toujours ressenti dans la partie inférieure et latérale droite de l'abdomen, une sensation douloureuse de pesanteur et de tiraillements exagérée pendant la marche, mais supprimée pendant le temps de la grossesse. Santé générale assez bonne jusqu'en février 1893; à cette époque, métrorrhagie suivie de pertes épaisses, jaunâtres pendant trois mois

réveil et augmentation des anciens phénomènes douloureux. Un traitement dirigé contre une métrosalpingite reconnue amena un peu de cédation dans les souffrances de la malade. Mais en janvier 1894, nouveaux accidents, ceux-ci accompagnés de fièvre et de vomissements; depuis tous les symptômes déjà anciens, leucorrhée, douleurs, dysménorrhée, hémorrhagie n'ont fait que s'accentuer; tous les traitements tentés sont restés inefficaces.

Examen. — La palpation douloureuse au-dessus du pubis et du côté gauche permet de faire sentir à travers les parois très souples la tumeur annexielle gauche, grosse comme une orange et fixée. Au toucher, l'utérus est gros, sensible, un peu fixé en position normale; son col est gros, un peu déchiré. Les culs-de-sac droit et postérieur sont assez souples, sans rien d'anormal; mais le cul-de-sac gauche est empâté et douloureux. On y sent le relief de la masse annexielle bridée.

Opération 24 avril 1894. — Curettage Schroder, drainage, cystite légère dans la suite (bien que la malade n'ait pas été sondée) pendant quatre à six jours.

20 mai. — La palpation du côté gauche est beaucoup moins douloureuse, et l'utérus a diminué de volume. La malade sort quelques jours après.

25 juin. — Elle est réglée, sans douleurs pendant cinq à six jours; survient ensuite un peu de leucorrhée glaireuse pendant trois jours seulement.

2 juillet. — Le palper ne provoque aucune douleur du côté de l'utérus ou des annexes; ceux-ci sont perceptibles, mais non augmentés de volume, ni à gauche ni à droite. Les culs-de-sac sont souples; l'utérus est mobile. La malade n'accuse plus que quelques douleurs dans les lombes.

Elle est revue le 21 mars 1895. A ce moment, l'utérus, très mobile, est en bonne position; il existe seulement une petite bride dans le cul-de-sac postérieur; le palper bimanuel laisse percevoir les annexes

gauches un peu douloureux. Les dernières règles sont venues le 15 mars; elles étaient comme les précédentes absolument normales, non douloureuses.

Lorsque la malade est revenue à la consultation du service, elle venait de perdre la tige; deux jours avant le disque était tombé spontanément.

Résultat. — Fonctions menstruelles bien rétablies; disparition des hémorrhagies et de la leucorrhée. Guérison d'une salpingoovarite de date ancienne, avec persistance de légères douleurs.

Observation XXXII

Endométrite — Dysménorrhée — Périmétrite — Salpingo-ovarite droite.

Suzanne M..., vingt-neuf ans, cigarière, entre salle 8, lit 24, le 7 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Règles à treize ans, normales au début, elles devinrent, après quelques années, irrégulières comme quantité, puis comme apparition. De légères douleurs les accompagnaient : depuis deux ans, elles se sont accentuées, puis sont devenues presque continuelles, si violentes parfois que la malade était obligée de garder le lit. Dans l'année 1894, ses règles sont devenues plus abondantes, suivies de métrorrhagies. Au mois de mai de la même année, elle eut une hématocèle rétro-utérine qui arriva à suppuration ; l'abcès se vida dans le vagin et le rectum (?). Un traitement approprié a été institué et l'état général fut un peu amélioré.

Examen. — L'utérus est fixé en antéversion, son corps un peu porté à gauche; le col est gros, les lèvres ectropiées, l'orifice restant petit (pas de grossesse antérieure). Les annexes droits forment une tumeur

empâtée, étendue transversalement, immobile et douloureuse. Les autres culs-de-sac sont souples; l'exploration du cul-de-sac postérieur ne révèle rien d'anormal.

Opération, 13 juillet. — Curettage Schroder. Drainage. Les suites immédiates furent bonnes.

9 février 1895. — Les règles ont été régulières et non douloureuses (sauf légèrement en décembre 1894). Dans l'intervalle, leucorrhée très légère, non fétide; restent quelques crampes dans le côté droit, mais qui n'arrêtent pas la malade dans ses occupations. Palpation un peu douloureuse seulement du côté droit. Utérus non volumineux, en antéversion, mobile. Tous les culs-de-sac sont très souples; à gauche, rien; à droite, contre l'excavation, sensation d'une bride un peu irrégulière, formée par les annexes adhérents, très peu augmentés de volume.

Résultat. — Disparition de la dysménorrhée et des douleurs. Il ne reste de la périmétrite et salpingo-ovarite, qu'un peu de sensibilité et de fixité des annexes sclérosés à droite.

Observation XXXIII

Endométrite — Périmétrite — Salpingo-ovarite gauche.

Jeanne R..., vingt-huit ans, ménagère, entre salle 8, lit 14, le 25 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Constitution assez faible. Ses premières règles, venues à quatorze ans, étaient irrégulières, suffisamment abondantes, quelque peu douloureuses. Pas de leucorrhée. La malade a eu une première grossesse à vingt-trois ans, sans accidents, puis une seconde qui s'est terminée il y a cinq mois par un accouchement laborieux. Quatorze jours après celui-ci, après s'être levée, elle a ressenti des douleurs dans les lombes, le bas du ventre, les côtés, etc.,

sans vomissements ni fièvre. Pertes blanches considérables qui empèsent le linge. Les règles, revenues après le trente-cinquième jour, qui suivit l'accouchement, sont à peu près normales. Etat général mauvais.

Examen. — Palpation très douloureuse partout, ne relève pas d'empâtement, sauf à gauche. Périnée flasque. Utérus gros, fixé en rétroversion, col déchiré. Dans le cul-de-sac postérieur, on retrouve la masse du corps utérin fixée et douloureuse; à droite, rien; à gauche, le cul-de-sac est difficilement déprimé à cause des fortes souffrances que provoque cette manœuvre. On y saisit néanmoins les annexes qui forment une tumeur immobile et douloureuse.

Opération, le 25 juillet 1894. — Curettage Schroder. Colpopérinéorrhaphie. Drainage.

25 août. — La malade commence à se lever. Périnée solide. Utérus semble encore fixé; la tige affleure la partie postérieure du vagin. Les culs-de-sac antérieur et droit sont absolument souples. Dans le cul-de-sac gauche, dur, on distingue peu les annexes. Une pression forte est bien supportée. Le palper abdominal n'est plus douloureux, même à gauche.

1er septembre. — La malade sort. Utérus en rétroversion légère et mobile; cul-de-sac gauche est encore induré, mais au fond, pas de tumeur. Culs-de-sac droit et antérieur très souples, cicatrice périnéale solide. La malade s'est promenée, ne souffre pas.

6 janvier. — Les annexes gauche sont gros, douloureux. L'utérus en rétro, un peu mobile. Les pertes menstruelles sont épaisses, purulentes et fétides.

Le drain est enlevé. On propose à Jeanne R... de rentrer de nouveau à l'hôpital. Non revue depuis.

Résultat. — Périmétrite à peu près totalement disparue; salpingo-ovarite améliorée, puis récidivée. Leucorrhée diminuée.

Remarque. — La fétidité des pertes menstruelles avait beaucoup incommodé la malade, dont les règles étaient auparavant presque normales.

Observation XXXIV

Endométrite — Périmétrite - Salpingo-ovarite gauche.

Marie L..., vingt-cinq ans, sans profession, entre salle 8, lit 14, le 24 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Les premières règles viennent à treize ans; cinq à six jours, avec un retard régulier; pas de douleurs; pas de leucorrhée. Mariée à seize ans, elle eut d'abord quelques irrégularités dans ses règles, puis tout rentra dans l'ordre jusqu'au début de la première grossesse, à dix-sept ans. La malade a eu trois grossesses normales. Après les premiers accouchements, pendant quelques mois seulement les règles devenaient irrégulières, avec douleurs et leucorrhée passagère. Après le dernier (il y a seize mois), et au bout de quinze jours, Marie L... eut de la fièvre, des vomissements, des douleurs violentes dans le bas-ventre, les flancs, la fosse iliaque gauche surtout. Elle fut soignée pour une pelvipéritonite. Depuis cette époque, les règles sont devenues extrêmement douloureuses et abondantes; plusieurs hémorrhagies; peu de leucorrhée; douleurs spontanées et exagérées par toute sorte de travail, dans les lombes, le bas-ventre et les côtés. — Céphalée, vomissements, état général mauvais.

Examen. — Palpation très sensible à gauche; au toucher, l'utérus est peu mobile, en position normale; volumineux et douloureux; le col est bas, gros, déchiré, cicatriciel; les culs-de-sac manquent de souplesse; à gauche les annexes immobiles sont assez volumineux et douloureux. Périnée et parois vaginales flasques.

Opération, 10 août 1894. Curettage Schroder, colpopérinéorrhaphie, drainage. Suites normales; un peu de ténesme vésical. La malade sort après un mois, bien que la plaie périnéale ne soit pas absolument

cicatrisée; à ce moment l'utérus est un peu gros, mobile, en position normale; les culs-de-sac sont très souples; il persiste un peu de douleur à gauche, mais très profondément.

Février 1895. — L'état général est bien amélioré. Règles normales.

15 avril 1895. — Règles régulières avec quelques coliques insignifiantes; pas de pertes blanches. Pas de douleurs; la malade a cependant, et d'une façon presque périodique, de l'entérite avec embarras gastrique que l'on peut rapporter à de l'entéroptose. Le toucher et la palpation montrent que l'utérus et les annexes sont absolument normaux.

Résultat. — Disparition de la dysménorrhée et douleurs spontanées; diminution de volume de l'utérus et amélioration rapide et définitive de la périmétrite et annexite.

Observation XXXV

Endométrite — Périmétrite légère — Salpingo-ovarite droite.

Marie M..., sans profession, vingt-sept ans, entre aux dames payantes, lit 2, le 31 mai 1894.

Antécédents personnels. — Ses premières règles venues à douze ans étaient claires, peu abondantes, mais régulières et indolores. Pas de leucorrhée. Une seule grossesse à dix-huit ans, sans suites pathologiques. Trois ans après ont apparu les premières douleurs, devenues ensuite à peu près continues, s'irradiant dans tout le bassin, la colonne lombaire et les cuisses, exaspérées par l'apparition des règles; celles-ci moins régulières et aussi moins abondantes. Leucorrhée. Etat général mauvais, surtout depuis trois mois. Névropathie, tuberculose des deux sommets au premier degré.

Examen. — La pression est douloureuse au-dessus du pubis et dans les fosses iliaques où on sent le relief des annexes. L'utérus est gros et douloureux, en position normale, peu mobile. Dans les deux culs-de-sac latéraux, les annexes sont volumineux, très sensibles, legèrement fixés, à droite surtout.

Opération. — Curettage et drainage le 5 juin 1894.

25 juin. — La malade sort : l'utérus est un peu diminué de volume ; les annexes gauches seulement perceptibles sont normaux; ceux de droite sont moins gros, comme une noix seulement, et moins sensibles. En somme, amélioration marquée. Mais le mois suivant, la malade, assez brusquement, est prise de douleurs dans tout le petit bassin et les flancs ; symptômes de pelvipéritonite avec fièvre ; à ce moment les règles étaient très douloureuses ; il y avait des pertes très fétides et de très mauvaise odeur. Le drain est enlevé. Dans la suite, mais très lentement, les phénomènes inflammatoires cédèrent, la fétidité des pertes disparut.

Décembre 1894. — L'utérus est sensible, fixé en rétroversion; les annexes gauches sont perceptibles, sans former tumeur, un peu sensibles ; à droite, ils forment une tumeur bridée, douloureuse,

Résultat. — Amélioration très notable dans le premier mois, puis retour à l'état antérieur après une phase inflammatoire secondaire.

Observation XXXVI

Endométrite — Périmétrite d'origine puerpérale — Dysménorrhée ancienne — Salpingoovarite gauche.

Marie L..., vingt ans, domestique, entre salle 8, lit 28, le 2 mai 1894.

De constitution robuste ; pas nerveuse; a eu ses premières règles à dix-sept ans ; elles étaient irrégulières, peu abondantes, colorées, sans

caillots, sans douleurs: pas de leucorrhée. Une grossesse normale, puis accouchement le 15 mars 1894, facile. L'enfant vivant est nourri pendant quinze jours seulement. La malade s'était levée au quinzième jour. Après être sortie, elle commença à souffrir des reins, du bas-ventre et surtout du côté gauche; pertes jaunâtres, glaireuses, très abondantes; los règles n'étaient pas encore revenues quand la malade entra à l'hôpital. Les douleurs ont été en effet en s'accentuant de plus en plus. Actuellement elles sont très vives du côté gauche, rendant la marche pénible. Ténesme rectal et vésical. Sensibilité à l'exploration. Quelques mouvements fébriles le soir.

Examen. — Utérus en rétroversion, un peu volumineux; assez mobile quoique fixé latéralement. Col normal; cul-de-sac antérieur, rien. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent le corps de l'utérus au milieu d'un empâtement léger; on peut le repousser mais avec quelque douleur. Dans le cul-de-sac droit les annexes sont perceptibles, non douloureux et mobiles. Dans le cul-de-sac gauche ils sont gros comme une orange, durs, très douloureux au toucher, fixés dans un empâtement qui ne gagne pas le cul-de-sac antérieur, mais qui se prolonge en arrière vers la corne gauche de l'utérus péniblement trouvée et fixée. La palpation abdominale fait reconnaître la limite supérieure de la tumeur gauche assez nette; elle est très douloureuse.

Traitement médical. — Deux vésicatoire; un peu de fièvre persiste; les douleurs ont diminué. La tumeur est de plus en plus limitée; mais l'utérus se fixe plus solidement en rétroversion.

Opération, 5 juin 1894. — Curettage. Drainage. Dans la suite, cystite légère, passagère.

Après quinze jours, la malade se lève; les douleurs spontanées n'existent plus; elles sont à peine réveillées par une palpation profonde. L'utérus est très mobile, en position normale. Dans le cul-de-sac gauche seulement, tumeur dure, mobile, grosse comme une noix, séparée de l'utérus, presque indolente.

25 juin. — Dans le liquide des injections, on a trouvé un fragment

solide, irrégulier, noirci. C'est une parcelle de la tige corrodée par le sublimé (toute la partie saillante hors du disque). On remplace les injections au sublimé par des injections phéniquées à 20 p. 1000. Une nouvelle tige est placée.

7 juillet. — Marie D... sort tout à fait bien. Les annexes sont seulement perceptibles à gauche.

28 juillet. — Règles, quatre jours, peu abondantes, pâles, quelques coliques très légères dans le flanc gauche.

25 août. — La malade éprouve du ténesme rectal, des douleurs dans le bas des reins; la position assise est très pénible; elle comprend en faisant ses injections que la tige est déplacée. La tige tombe en effet spontanément, au moment où survient une seconde période menstruelle absolument normale.

10 septembre. — Marie L... a l'occasion de se fatiguer beaucoup; le 13, le disque tombe.

Depuis ce moment les douleurs de reins et le ténesme qui avaient un peu cédé deviennent brusquement très violents; coliques dans les flancs, le bas-ventre, irradiations très pénibles. Sensibilité très vive au palper, fièvre et vomissements.

La malade entre salle 9, le 23 septembre 1894, la température moyenne est 38°5. Vomissements, constipation : vésicatoire, glace, injections chaudes et lavements. Pelvipéritonite : L'utérus est en rétroversion, absolument fixé dans le cul-de-sac postérieur; col dur. Cul-de-sac antérieur, rien; cul-de-sac gauche, profondément, empâtement dur; de même dans le cul-de-sac droit, avec des douleurs vives au toucher; dans le cul-de-sac postérieur, on trouve le corps utérin dans une zone empâtée très dure et qui bombe un peu; grande sensibilité au toucher; pas d'ulcération de la muqueuse.

2 octobre. — La malade souffre moins; l'état local est peu modifié.

25 octobre. — La malade revient salle 8, lit 21, où elle est soumise à un traitement médical régulier. Dans le cul-de-sac postérieur un peu dégagé on trouve l'utérus un peu plus libre. Les annexes sont à gau-

che très augmentés de volume, fixés et douloureux; à droite, ils sont également fixés, mais moins douloureux.

On a pas remis de drain. La malade est sortie plus tard de la salle 8, bien améliorée.

Résultat. — 1° Résultat parfait ayant suivi immédiatement l'application de la tige;

2° Accidents inflammatoires secondaires dans l'apparition desquels n'a peut-être pas été étrangère l'irritation produite par le disque et surtout la tige déplacés.

Remarques. — Il faut remarquer avec quelle facilité s'est faite l'infection tardive chez cette femme qui se fatiguait beaucoup. La première partie de cette observation reste néanmoins très intéressante par la modification survenue dans la tige par l'usage du sublimé et aussi par l'excellence du résultat obtenu tout d'abord.

Observation XXXVII

Endomètrite. — Dysémnorrhée. — Périmétrite. — Salpingo-ovarite droite.

Louise M..., vingt-six ans, lingère. Entrée salle 8, lit 21, le 12 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Cette femme a été réglée à treize ans, d'une façon absolument normale et sans pertes blanches, jusqu'à une première grossesse à quinze ans et demi.

L'accouchement fut pénible, suivi pendant une semaine de fièvre violente, et de grandes douleurs. Plus tard un abcès au sein. Retour à l'état normal.

Seconde grossesse à vingt-et-un ans, puis de nouveau, poussée inflammatoire (pelvi-péritonite), pour laquelle la malade fut traitée

pendant plus d'un mois. A vingt-trois ans et demi, nouvelle grossesse terminée par une fausse couche au quatrième mois : cette fois la malade entra à l'hôpital où on la soigna (salle 7) pour une pelvi-péritonite avec fièvre.

Pendant quelque temps les douleurs et les pertes diminuèrent un peu, puis les phénomènes inflammatoires passés à l'état chronique se traduisirent dès lors, par les signes habituels de la périmétrite : douleurs dans les reins, le bas ventre, les fosses iliaques, impossibilité de la marche, etc... leucorrhée, et douleurs au moment des règles, devenues seulement un peu plus abondantes. C'est ainsi que la malade arriva jusqu'à il y a trois mois. A ce moment tous ces phénomènes devenant plus intenses, elle alla à la Clinique gynécologique de la Faculté, d'où elle fut envoyée ensuite salle 8.

Examen. — Palper douloureux à droite; à gauche,à peine. Toucher, col non volumineux, un peu déchiré; corps très gros, dur, douloureux, absolument fixé en position normale. Les annexes gauches sont un peu sensibles dans le cul-de-sac qui est souple ; les annexes droits sont bien plus gros, douloureux et empâtés. Hystérométrie : 8 centimètres.

Opération 18 juillet 1894. — Curettage, drainage : suites immédiates excellentes jusqu'au 26 juillet; la malade disait moins souffrir.

Ce jour là, après s'être levée, malgré la consigne de rester au repos, elle souffrit de nouveau du côté droit; léger mouvement fébrile; douleurs vives à l'exploration. On institua pour cette poussée aiguë le traitement antiphlogistique d'usage.

Etat du 18 août. — Le palper est douloureux au dessus du pubis, des deux côtés, à droite surtout (les douleurs en ce point sont plus intenses que celles qui ont amené la malade dans le service au mois de juillet). On sent l'utérus gros au dessus du pubis; à droite une tuméfaction peu étendue dans le sens transversal; à gauche il faut une palpation profonde pour trouver les annexes un peu durs et un peu volumineux. Au toucher, le col est gros et dur, l'utérus volumineux

paraît être en position normale; il est difficile de la mobiliser; cette manœuvre n'est pas très douloureuse. Le cul-de-sac postérieur bombe très légèrement. Au fond du cul-de-sac droit, on tombe sur la masse annexielle dure, grosse comme une petite orange, accolée à l'utérus immobile et douloureux. L'empâtement gagne un peu le cul-de-sac antérieur. Le cul-de-sac gauche est diminué par suite de la position de l'utérus un peu repoussé à gauche dans sa totalité; il faut le déprimer profondément et suivre la face gauche de l'utérus pour réveiller quelques douleurs et rencontrer des annexes un peu durs.

Grands lavements, irrigations chaudes, tampons d'onguent napolitain belladoné, larges vésicatoires, pas de fièvre, mais douleurs persistantes à droite.

28 août. — La palpation profonde est moins douloureuse. Par le toucher, l'utérus se laisse remonter; le fond est moins gros, plus facile à saisir au dessus du pubis; le col toujours un peu repoussé à gauche. Au fond du cul-de-sac gauche, pas de tumeur; la tumeur droite est toujours haute au fond du cul-de-sac; la pression bi-manuelle n'est plus extrêmement douloureuse; la tuméfaction moins dure, sans fluctuation, a également diminué de volume; à ce moment la malade est transéatée salle 1, dans le service de M. le docteur Dubourg.

15 septembre. — La malade a été réglée pendant quatre jours sans exagération des phénomènes douloureux; ceux-ci persistant encore (sans fièvre), M. Dubourg enlève le drain. La tige était en bon état, le disque perméable.

22 septembre. — Utérus en antéposition, un peu fléchi. Le volume total reste un peu augmenté. Le col bascule très facilement; le corps lui-même remonte par la pression. Ce mouvement de haut en bas est bien plus libre que les mouvements latéraux. Cul-de-sac antérieur, libre; cul-de-sac postérieur, un peu d'empâtement dans sa partie droite qui se continue avec la tuméfaction du cul-de-sac droit. Celle-ci semble encore avoir remonté; moins collée à l'utérus, elle s'étend

sur le côté transversalement, grosse comme une orange, dure et douloureuse. A gauche, toujours un peu de résistance dans le cul-de-sac. La palpation abdominale permet de constater que la tumeur annexielle droite est assez superficielle, et de plus en plus limitée.

Pointes de feu, irrigations, crayon de sublimé, dilatation avec les bougies d'Hégar. Au moment dn pansement, il s'écoule par le col, un peu de liquide glaireux.

26 octobre. — Amélioration très sensible à droite, mais poussée aiguë dans les annexes gauches, gros comme un abricot, et déjà plongés dans un peu d'empâtement diffus dans tout le ligament large du même côté.

La malade était revenue salle 8, où elle resta encore quelque temps; elle souffrait toujours; pas ou peu de fièvre. On ne remit pas de tige.

Résultat. — Nul.

Remarques. — Salpingo-ovarite et périmétrite sont ici le reliquat de trois poussées de pelvi-péritonite. La malade avait commis l'imprudence de se lever et de se promener dans la salle huit jours après son opération. L'amélioration était déjà accusée par elle-même. Un mois après le début de la poussée inflammatoire secondaire, l'amélioration était de nouveau commençante alors que le drain était en place. Le drain étant sorti, les phénomènes continuèrent à s'amender; mais une poussée nouvelle est survenue à gauche, en pleine période d'un autre mode de traitement.

Observation XXXVIII

Endométrite. — Périmétrite. — Salpingo-ovarite droite. — Tuberculose.

Elisabeth N..., vingt-quatre ans, sans profession, entre salle 8, lit 12, le 12 avril 1894.

Antécédents personnels. — Cette femme a eu une pleurésie. Elle présente des signes de tuberculose pulmonaire au premier degré. Une

grossesse normale, puis une deuxième, suivie d'une fausse couche au deuxième mois (il y a trois ans). Les règles etaient ordinairement normales, avec quelques douleurs, cependant; leucorrhée peu abondante. Depuis un an, celle-ci, a considérablement augmenté. Des douleurs ont survenu dans les reins, le bas-ventre, presque tout le bassin; tandis que les règles restaient à peu près normales.

Examen. — Douleurs par la palpation et le toucher. L'utérus est fixé en antéflexion, gros et douloureux. Les annexes droits, sont prolabés, durs, augmentés de volume, extrêmement sensibles. Hystérométrie 6 1/2.

Opération, 18 avril 1894. — Curettage, drainage. La malade sortit un mois après sans avoir présenté d'accidents et paraissant moins souffrir; l'état local était amélioré.

Un mois après l'opération, les règles survenaient, normales, sans douleurs (31 mai), puis la malade eut quelques pertes blanches; elle eut des douleurs dans la fosse iliaque gauche, des douleurs pendant la miction, pollakiurie et constipation.

Dans la suite, l'état général s'aggrave beaucoup; la malade eut des vomissements alimentaires et bilieux en même temps que la leucorrhée épaisse, persistante, augmentait encore.

20 juin 1894. — L'abdomen est ballonné dans son ensemble, très douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche; large gâteau, empâtement de toute cette région qu'il est impossible de palper profondément. A droite, les téguments, sont plus dépressibles, le palper est moins douloureux et ne révèle rien d'anormal. Au toucher, la tige et le disque sont parfaitement en place. A droite le cul-de-sac est libre, bien que le palper bi-manuel, y révèle une douleur assez vive; empâtement diffus, dans tous les autres culs-de-sac, surtout à gauche; et douleurs. Pas d'appétit, constipation; du côté du poumon les lésions sont les mêmes que celles constatées lors du premier séjour de la malade à l'hôpital.

On fit le diagnostic de tuberculose du péritoine et des organes

génitaux. Le drain fut encore laissé cependant, la malade devant revenir. Traitement conseillé : Tampons d'onguent napolitaiu et de glycérine, injections phéniquées chaudes, vésication sur la fosse iliaque gauche.

La malade ne revint pas à la consultation de l'hôpital. Elle s'alita depuis ce moment, et mourut ches elle de tuberculose généralisée (6 janvier 1895).

Remarques. — La malade était restée améliorée pendant près de deux mois après l'opération; les lésions tuberculeuses soupçonnées dans les organes génitaux semblent avoir eu un début assez brusque; et elles ont envahi le côté gauche, alors que le côté droit primitivement malade restait à peu près sain.

Observation XXXIX

Antéflexion — Dysménorrhée — Périmétrite et Salpingo-ovarite gauche.

Thérèse B..., vingt-trois ans, sans profession, entre salle 8, lit 14, le 15 février 1894.

Antécédents personnels. — Très nerveuse. Réglée à treize ans. normalement; un peu de leucorrhée. Première grossesse à dix-neuf ans; quelque temps après l'accouchement ont débuté les symptômes qu'une seconde grossesse (il y a trois ans) a encore accrus. Cette femme est réglée d'une façon très irrégulière; elle a des métrorrhagies, parfois très abondantes, et des ménorrhagies; une leucorrhée persistante. Elle souffre presque continuellement, mais surtout au moment des époques menstruelles, où les douleurs du bas-ventre et des fosses iliaques s'irradient dans le haut des cuisses, les lombes, etc. Vomissements, dyspepsie, troubles nerveux qui vont toujours en

s'accentuant. Après son second accouchement, elle a eu une poussée manifeste de pelvi-péritonite pour laquelle on a fait de la révulsion, glace, etc.; il y a six mois, elle a subi un curettage, puis des scarifications du col: après quoi, elle a été plus souffrante encore. Nombreux essais de traitements divers sans résultats.

Examen. — Palper très douloureux au-dessus du pubis et à gauche; sensibilité exagérée encore par le nervosisme de la malade. Utérus en anteflexion légère; matité. Col énorme, déchirure bilatérale plus accentuée à gauche; ectropion sans ulcérations. Cul-de-sac gauche manque de souplesse; les annexes y sont nettement augmentés de volume, douloureux, un peu fixés; simplement perceptibles à droite. Paroi vaginale postérieure très flasque; mais périnée solide. Hystérométrie, 6 cent. 1/2.

Opération, 1er mars 1894. — Curettage Schroder. Drainage. Après douze jours quelques coliques dans le flanc gauche; léger écoulement sanguinolent à travers le pansement. Le 18 mars, crises douloureuses, coliques avec tension des seins, rougeur de la face, injection conjonctivale, ténesme anal et vésical. Le 24 mars, ces phénomènes ont disparu, mais la malade s'étant levée, les douleurs se réveillent à gauche, les annexes sont manifestement enflammés, plus gros, sans dureté, douloureux, mobiles cependant; on sent mieux leur tuméfaction par le palper abdominal.

Dix jours après, ce signe n'existait plus, et, le 2 avril, la malade sort.

Moins de douleurs spontanées; souplesse absolue dans la fosse iliaque gauche et tous les culs-de-sac. La tige est en place dans l'utérus bien mobile.

Juin. — Les règles sont venues, mais très abondantes, avec des caillots, des coliques, un état hystériforme passager et pénible. Mais dans l'intervalle, aucune douleur; pas de leucorrhée. Les annexes gauches sont seulement perceptibles.

22 octobre. — Aux deux dernières époques menstruelles les pertes étaient louches et très fétides; la malade a eu des coliques et des

vomissements, mais toujours dans l'intervalle aucune souffrance. A signaler cependant le retour de deux petites pertes de sang très légères, intermenstruelles. Le drain est enlevé ; il reste dans les cannelures de la tige et à la face supérieure du disque des mucosités épaisses, fétides. Utérus en antéversion mobile. Palper et toucher non douloureux, souplesse partout. A gauche, où les annexes sont perceptibles, l'ovaire et la trompe sont séparables.

7 mai 1895. — Règles régulières et d'abondance normale. Plus de métrorrhagies. Pas de leucorrhée. Peut depuis quelque temps, sans aucune souffrance, s'occuper de son ménage.

Remarques. — La crise du 12 mars correspondait sans doute à l'apparition des règles ; la poussée très légère et passagère des annexes gauches à ce moment lui est probablement imputable.

Résultat. — Flexion utérine disparue. Plus de douleurs pendant les règles ni dans leur intervalle. Grande amélioration dans l'ensemble.

Observation XL, résumée (Dr L...)

Endométrite — Rétroflexion — Périmétrite — Salpingo-ovarite gauche.

Mme X..., trente-deux ans, pas de grossesse, avait été très bien réglée jusqu'à son mariage ; elle eut peu de temps après une leucorrhée très abondante accompagnée de douleurs violentes dans le bas-ventre, de mouvements fébriles, état général mauvais. Divers traitements suivis, des saisons répétées à Salies et à Saint-Sauveur n'avaient amené aucun résultat.

Examen. — En 1893, rétroflexion très prononcée ; l'utérus est absolument immobilisé et des tentatives de réduction sont très douloureuses. Annexes gauches volumineux, prolabés dans le cul-de-sac posté-

rieur et fixés à l'utérus ; annexes droits sont également gros, mais moins sensibles ; le cul-de-sac est ici moins empâté. Ancune amélioration n'est constatée à la suite du repos et du traitement médical habituellement institué par le Dr L...

Octobre 1893. — Dilatation, curettage, drainage. Peu à peu dimition de la tuméfaction des annexes gauches et de l'empâtement du cul-de-sac droit. L'amélioration a continué toujours progressive jusqu'en décembre 1894. A cette époque, l'utérus était redressé ; absolument mobile, les culs-de-sac très souples ; à gauche les annexes seulement perceptibles restaient accolés à l'utérus. Règles normales. Tige enlevée.

Dans les derniers temps la malade avait vu réapparaître quelques pertes blanches un peu odorantes.

Observation XLI

Endométrite — Dysménorrhée — Périmétrite — Rétroversion irréductible — Annexite gauche légère.

Emma R..., vingt-quatre ans, sans profession, entre salle 8, lit 25, le 11 novembre 1893.

A. H. nuls. A P. Dothiénentérie à 8 ans. Anémie légère, pas de nervosisme. Premières règles à quatorze ans ; elles furent dès le début très abondantes (sept à huit jours), douloureuses au point de forcer la malade à garder le lit ; fortement colorées, avec caillots ; régulières.

Mariée à dix-neuf ans sans aucune modification apportée à l'état antérieur. Grossesse à vingt ans avec vomissements. Accouchement rapide et facile ; dans la suite, hémorrhagies pendant un an sans que la menstruation s'établisse périodiquement. Puis les règles sont revenues, régulièrement, abondantes (dix-huit jours), très douloureuses

à la fin, lencorrhée persistante épaisse. Douleurs spontanées qui datent de l'accouchement (trois ans). Signes habituels de prolapsus génital, douleurs lombaires, ténesme, fatigue extrême, etc.

Examen. — La palpation n'est douloureuse que dans la fosse iliaque gauche et au-dessus du pubis; encore faut-il l'exercer assez profondément. Au toucher le col se présente à moins de trois centimètres de la vulve; sa lèvre supérieure est molle avec quelques saillies granuleuses. Déchirure de la commissure droite de plus d'un demi-centimètre. L'ensemble du col n'est pas trop volumineux. Utérus de volume normal en rétroversion (un peu fléchi) dont la réduction est difficile et très douloureuse. Les culs-de-sac sont abaissés; libres partout sauf à gauche où le doigt sent moins de souplesse; on distingue mal les annexes augmentés de volume et douloureux.

Hystérométrie, 6 cent. 1/2.

Pendant un mois et demi on fit du massage. Séance tous les deux jours. Massage vaginal et pétrissage bimanuel. Ce procédé dont nous ne pouvons rapporter ici tous les détails, avait amené un peu plus de mobilité dans l'utérus mais il dut être supprimé à la suite de nouvelles métrorrhagies et de troubles réflexes assez pénibles.

Opération le 4 janvier 1894. — Curettage, Schroder. Drainage.

Suites immédiates bonnes. La malade sort le 17 janvier déjà améliorée : l'utérus est un peu dégagé en bas et à gauche; on perçoit moins le léger sillon de flexion, que dans les derniers jours où le massage était encore pratiqué. Etat général excellent.

7 mars. — La malade marche peu chez elle; ne souffre pas. A été réglée une fois seulement, sans douleurs, toujours d'une façon abondante. Même état local.

8 juin. — Règles avec seulement quelques coliques.

11 juillet. — Depuis la dernière époque, métrorrhagies contiuuelles. Utérus en rétroversion, sans flexion; sa réduction est possible, mais douloureuse. Toujours les annexes gauches sont un peu gros, prolabés et fixés. On enlève le drain.

6 mars. — Amélioration considérable. Les règles sont redevenues régulières comme avant l'opération. Cinq jours seulement, non douloureuses. Etat général très amélioré. Utérus en rétroversion légère, presque libre; les annexes gauches facilement perceptibles, durs, scléreux, un peu fixés. Aucune douleur.

10 avril. — La malade se trouve très bien. Toutes les fonctions sont normales. Utérus en rétro, absolument réductible. Annexes gauches avec les mêmes caractères, peut-être encore diminués.

Résultat. — Ménorrhagies et leucorrhée supprimées. Plus de douleurs spontanées. Marche rendue possible. Etat général parfait.

Remarques. — Pendant le port de la tige, les règles qui étaient autrefois régulières, ont été en partie supprimées. Elles ont réapparu, et tout à fait normales, quand le drain a été enlevé. Aucun traitement n'a été dirigé (sauf le Schroder) contre le prolapsus génital observé chez cette malade.

Observation XLII

Endométrite — Dysménorrhée — Périmétrite — Salpingo-ovarite double.

Marie L..., laitière, vingt-quatre ans, entre salle 8, lit 15, le 26 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Règles à treize ans, régulières, d'abondance normale, sans douleur; pas de leucorrhée. Ainsi jusqu'à son mariage. Enceinte, elle eut une grossesse facile, mais l'accouchement fut pénible (travail prolongé, application de forceps), il y a deux ans.

Douze jours après, douleurs violentes dans le bas-ventre à gauche; quelques frissons; pertes blanches, épaisses, abondantes. On institua un traitement pendant trois mois dirigé contre une périmétrite et une tubo-ovarite gauche; légère amélioration. Puis survint une poussée

du côté droit, celle-ci moins brusque, mais plus longue. Les douleurs du côté gauche dès lors ne reparurent qu'au moment des règles; celles du côté droit sont restées presque continuelles depuis six mois.

Les règles reparues six mois seulement après l'accouchement sont un peu plus régulières depuis quelque temps, mais par contre trop abondantes, avec douleurs. Leucorrhée très gênante que rien n'a pu faire céder. La malade a beaucoup maigri; son état général est mauvais.

Examen. — Palpation douloureuse partout au-dessus du pubis. Déchirure du périnée; parois vaginales flasques. Le col de l'utérus est seulement déchiré aux commissures. Le corps est fixé en rétroversion. Les culs-de-sac latéraux sont un peu empâtés, à droite surtout où les annexes forment une tumeur volumineuse dure et fixée. Exploration douloureuse. Hystérométrie, 6 cent. 1/2.

Opération, 28 juillet 1894.—Curettage. Trachélorrhaphie. Colpopérinéorrhaphie et drainage.

Suites bonnes. Le 18 août, la malade sort dans l'état suivant: la palpation, très facile, rencontre partout une souplesse absolue. On ne retrouve plus l'utérus douloureux. Au toucher, tous les culs-de-sac sont absolument souples et non douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur, on retrouve encore le corps utérin, mais qui commence à être mobilisable.

3 avril 1895. — Cette malade n'est revue que neuf mois après son opération. Elle n'a pas cessé d'être réglée très régulièrement; elle ne souffre plus du tout. Restent quelques pertes, légères, jamais fétides. Etat général parfait.

Utérus mobile en rétroversion. Périnée solide. Annexes en très bon état.

Résultat. — Disparition de la dysménorrhée, de la leucorrhée qui était extrêmement abondante. Guérison d'une paramétrite et annexite double ancienne.

Remarques. — Longs traitements antérieurs restés inefficaces. Le résultat obtenu était déjà remarquable après dix-huit jours.

Observation XLIII

Endométrite — Dysménorrhée — Périmétrite — Salpingo-ovarite double.

Jeanne B..., trente-quatre ans, domestique, entre salle 8, lit 16, le 22 janvier 1894.

Antécédents personnels. — Les premières règles sont venues à quinze ans, assez abondantes, avec quelques coliques; elles venaient assez régulièrement, et tous les quinze jours. Un peu de leucorrhée. Ainsi jusqu'en 1891, époque à laquelle remonte, après une première grossesse normale, une fausse couche faite à trois mois et demi. Depuis ce moment les règles sont devenues extrêmement irrégulières dans leur apparition, très douloureuses, toujours abondantes. Leucorrhée persistante. Douleurs presque continuelles dans les reins, le bas-ventre et la fosse iliaque gauche. Etat général mauvais; impossibilité de la marche.

Examen. — Douleur au-dessus du pubis et dans la fosse iliaque gauche. Cicatrice d'une déchirure ancienne du périnée. Col abaissé, ectropion de la lèvre antérieure, déchirure bilatérale. Utérus fixé en antéversion, gros et douloureux. Les annexes sont perceptibles à droite, non augmentés de volume; à gauche ils sont englobés dans un empâtement diffus qui les immobilise et bride l'utérus dans ses mouvements de latéralité. La malade était déjà soumise depuis un mois, et sans résultat, au traitement médical, quand elle commença à souffrir dans la fosse iliaque droite, et on put assister à ce moment à l'éclosion d'une oophoro-salpingite aiguë du côté droit.

Après être sortie pendant quelques jours, elle revint dans le service le 20 avril. L'examen montra que la périmétrite était généralisée; annexite double.

Opération, le 21 mai 1894. — Curettage Schroder. Drainage. Suites immédiates bonnes. Jeanne B... est sortie après un mois. Le palper comme l'exploration vaginale ne sont pas douloureux; les culs-de-sac ont gagné un peu de souplesse: mais l'utérus est encore fixé.

2 juillet. – Utérus mobile en antélatéroversion droite; rien aux annexes gauches: annexes droits du volume d'une orange, durs, mobiles verticalement, accolés à l'utérus.

17 juillet. — Annexes droits volumineux seulement comme une noix. Reste un peu d'empâtement dans le cul-de-sac gauche.

6 février 1895. — Depuis l'opération, les règles ont été très régulières, non douloureuses; dans leur intervalle, aucune souffrance, pas de leucorrhée. L'utérus est en antéversion, mobile, un peu porté à gauche. Les culs-de-sac sont absolument souples; on y perçoit très bien les annexes; à droite ils sont agglomérés en une petite masse très dure, et fixée: à gauche ils sont plus mobiles, de consistance moins dure et un peu plus volumineux.

2 mai 1895. — Quelques douleurs très légères aux deux dernières époques. Pas de pertes. Etat local s'est peu modifié depuis le dernier examen.

Résultat. — Disparition des douleurs et des troubles fonctionnels. Il reste des annexes un peu augmentés de volume et sur les deux côtés, sans qu'il y ait tumeur, ni périmétrite.

Observation XLIV

Endométrite — Dysménorrhée — Périmétrite — Salpingite droite. Salpingo-ovarite gauche

Anna M..., trente ans, lisseuse, entre salle 8, lit 11, le 31 juillet 1894.

Antécédents personnels. — Elle venait de la salle 6 où elle était

rentrée pour des hématémèses ; cette femme, en effet, névropathe, avait été à plusieurs reprises soignée pour des troubles dyspeptiques.

Réglée à dix-huit ans, pour la première fois ; les règles ensuite n'avaient pas reparues ; mais aux époques menstruelles, elle avait de violentes douleurs dans le bas-ventre et des troubles sympathiques réflexes assez graves.

Mariée à dix-neuf ans, elle a eu cinq grossesses assez rapprochées et dans l'intervalle desquelles elle a été réglée seulement une ou deux fois. Seul le dernier accouchement (1890) fut difficile (présentation du siège, application des forceps). Depuis cette époque, elle a commencé à souffrir des reins et depuis un an et demi elle accuse des douleurs plus violentes dans les flancs. Les règles sont extrêmement douloureuses, absentes quelquefois pendant trois ou quatre mois ou survenant très rapprochées et assez abondantes. Une leucorrhée de date très ancienne est devenue encore plus accentuée.

Après la cessation de ces hématémèses elle fut soignée à la salle 6, mais inutilement, par des douches, injections antiseptiques chaudes, tamponnements, pointes de feu.

Examen. — Légère voussure, visible de la fosse iliaque gauche ; palpations très douloureuses en ce point ; au toucher, l'utérus est gros, immobilisé, mais en position normale ; du côté droit, la trompe est grosse, dure, douloureuse : du côté gauche tout le cul-de-sac, empâté et dur, est rempli par une tuméfaction immobilisée dont on sent la continuation avec le plastron abdominal.

Opération, 2 août 1894. — Curettage. Drainage. Suites immédiates, bonnes. La malade est sortie un mois après.

En septembre, octobre et novembre, les règles sont venues sans douleur, peu colorées et peu abondantes. Au voisinage des périodes menstruelles, seulement, des pertes blanches fétides. Les douleurs de reins, ainsi que la constipation ont persisté, mais les douleurs dans les flancs et le bas-ventre ont totalement disparu. L'état général reste

encore défectueux. La malade est de nouveau revenue à la salle 6 pour des hématémèses.

Examen, 10 avril 1895. — La palpation n'est pas douloureuse, le ventre est très souple. Au toucher, l'utérus est en bonne position, moins gros, absolument mobile. Les culs-de-sac sont tout à fait souples; par le palper bimanuel on ne retrouve plus trace de la tumeur annexielle gauche. La tige et le disque sont facilement enlevés; une très petite quantité de mucosités non fétides se trouve en arrière du disque dont les trous sont restés perméables.

Résultat. — Diminution de la leucorrhée et des douleurs; amélioration des fonctions menstruelles; disparition totale des phénomènes locaux.

Observation XLV

Endométrite — Périmétrite — Salpingo-ovarite double.

Yvonne L..., dix-neuf ans, domestique. Entre salle 8, lit 26, le 2 mai 1894.

Antécédents personnels. — Faible constitution; elle a été réglée à dix-sept ans assez régulièrement et sans douleurs; leucorrhée. Une grossesse terminée par un accouchement normal il y a sept mois a été l'occasion de quelques douleurs dans le bas-ventre, les lombes, la racine des cuisses, et de perturbations dans les fonctions menstruelles. Au commencement du mois, au cours d'une rougeole, elle a fait une fausse couche d'un mois et demi, qui n'a pas été suivie d'accidents fébriles. Cette femme a continué à avoir des rapports sexuels, bien que souffrant toujours et de plus en plus. De nouvelles douleurs, celles-ci plus vives, ont apparu dans les fosses iliaques et le bas-ventre. Leucorrhée abondante.

Examen. — Palper profond, douloureux; l'utérus est en position rétrofléchie, dont la réduction est impossible. Périmétrite: on ne

distingue pas les annexes gauches ; à droite, ils sont prolabés et forment à côté du corps utérin une tumeur diffuse, irrégulière, de volume assez considérable. Douleurs dans tous les culs-de-sac.

Opération, mai 1894. — Curettage, drainage. Suites bonnes.

En août. — La malade a été réglée plusieurs fois ; bien. L'utérus est déjà mobile ; les culs-de-sac sont à peine empâtés ; on peut maintenant sentir les annexes gauches normaux ; ceux de droite ont beaucoup diminué de volume.

Mars 1895. — Depuis les derniers mois, les règles, bien que régulières, répandent une mauvaise odeur ; pertes blanches très fétides. La malade a éprouvé des douleurs persistantes, avec sensation de brûlure au niveau de l'anus ; le coït est devenu impossible. Quelques douleurs à droite dans la fosse iliaque ; douleurs passagères à gauche. Cependant la malade dit beaucoup moins souffrir qu'avant l'opération.

Examen. — La tige et le disque sont presque libres dans le vagin ; il existe une petite ulcération sur la paroi vaginale postérieure, au voisinage de la fourchette, déterminée par le bec de la tige. L'utérus est gros, bas, un peu fixé. Salpingo-ovarite bilatérale avec léger empâtement des culs-de-sac.

Résultat. — Amélioration persistante jusqu'au cinquième mois. Puis, en même temps que survient la fétidité des pertes, nouvelle poussée inflammatoire qui remet l'utérus et ses annexes dans leur situation antérieure.

Amélioration légère dans les douleurs et l'état général, qui s'est accentuée depuis (mai 1895).

Observation XLVI

Métrite aiguë — Salpingo-ovarite double — Périmétrite légère.

Marie R..., domestique, vingt-six ans. Entre salle 8, lit 22, le 9 août 1894.

Antécédents personnels. — Les premières règles viennent à treize ans avec quelques coliques, régulières pendant quatre ou cinq jours, assez abondantes et accompagnées de caillots. Une grossesse suivie, il y a deux ans et demi, d'un accouchement normal. Ce n'est que depuis quelques mois que les règles, toujours très abondantes, sont devenues très douloureuses, plus particulièrement depuis un mois ; la leucorrhée ayant augmenté, des crises douloureuses encore plus fortes ont apparu. Elles sont exagérées par la moindre fatigue et accompagnées d'une sensation continuelle de pesanteur dans le bas-ventre. Pas de dysurie.

Examen. — La palpation est douloureuse au-dessus du pubis et dans les fosses iliaques. Au toucher qui est douloureux, l'utérus est en antéposition, non volumineux ; les culs-de-sac sont assez souples ; les annexes gauches sensibles et prolabés sont gros comme une noix ; ceux de droite sont à la fois plus sensibles et plus volumineux ; on ne trouve pas séparément l'ovaire et la trompe, également prolabés et un peu fixés. Hystérométrie, 6 centimètres.

Opération, 14 août 1894. — Curettage, drainage ; levée le 26 ; la malade sort le 30 août. A ce moment, le toucher et le palper réveillent à peine de la sensibilité ; l'utérus est bien mobile en antéversion. Dans les culs-de-sac souples, les annexes sont normaux à gauche et très diminués de volume à droite.

Trois mois après, la malade revient ; elle a été réglée abondamment comme autrefois ; mais ses dernières menstrues étaient épaisses et fétides ; quelques pertes blanches sans caractère spécial ont réapparu depuis quelque temps. Point de douleur au moment des règles ni dans leur intervalle. Par la palpation abdominale, non sensible, on trouve assez haut, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction mollasse, mal limitée, étendue plutôt dans le sens transversal. Au toucher, le drain, que l'on enlève, est en place dans l'utérus. Celui-ci est en position normale, mais les mouvements de totalité sont bridés. Dans les culs-de-sac postérieurs, antérieurs et gauches, on ne trouve rien

d'anormal. Dans le cul-de-sac droit, la paroi est absolument souple ; mais en la déprimant, on sent la tumeur que peut abaisser la main abdominale. Cette tumeur étalée transversalement a peu d'épaisseur; sa consistance est molle mais sans fluctuation manifeste. En la suivant contre la corne utérine, on arrive sur une petite masse, plus ferme, grosse comme une noisette, qui est probablement l'ovaire. Les tractions opérées sur l'utérus ne la font pas descendre.

Résultat. — Disparition des signes de métrite et de salpingo-ovarite. Probablement kyste du parovaire avec intégrité absolue des annexes gauches et de l'ovaire droit.

Observation XLVII

Endométrite. — Périmétrite d'origine puerpérale. — Salpingo-ovarite double.

Marie C..., vingt-quatre ans, journalière, entre salle 8, lit 20, le 10 février 1894.

Antécédents personnels. — Réglée à treize ans; ordinairement d'une façon absolument normale; pas de leucorrhée. Une grossesse avec quelques vomissements au quatrième mois. L'accouchement s'est fait à terme et dans de bonnes conditions, il y a trois mois.

Après le troisième jour, frissons, accès fébrile; puis douleurs dans tout le ventre, plus vives à gauche. Pas de ballonnement.

La fièvre a continué depuis, mais irrégulière. La malade a été soignée pour salpingo-ovarite double et périmétrite.

Examen. — Palpation, empâtement douloureux, tendu transversalement dans la fosse iliaque gauche et jusqu'au dessus du pubis; on sent les annexes à droite. L'utérus est en antéversion absolument fixé, dur; bloqué à gauche contre une gangue exsudative, dure, douloureuse, faisant saillie dans le cul-de-sac. A droite et en arrière le

paramétrium est resté plus souple ; les annexes droits cependant sont augmentés de volume, durs et sensibles. Douleurs lancinantes presque continuelles.

Pendant quatre mois on fit le traitement médical en usage ; mais sans résultats. La malade, mieux pendant quelques jours, avait de temps à autre de nouvelles crises, avec hyperthermie légère. Aucune modification locale. Pas de règles depuis l'accouchement (7 mois).

Opération, 27 mai. — Curettage, Drainage. Suites immédiates bonnes. Déjà le 10 juin on avait constaté par un examen succinct une légère diminution de volume de la tumeur annexielle principale. Le 17 juin, la malade est réglée trois jours normalement et demande à sortir.

2 juillet. — Exeat. Utérus en antéversion est devenu mobile. Dans le cul-de-sac droit absolument souple, il est impossible de trouver les annexes à gauche, il n'y a plus de tumeur ; mais en déprimant le cul-de-sac, on trouve encore le ligament large épaissi, formant un gâteau très mince, peu douloureux.

9 avril 1895. — La malade revient à la consultation. Cette femme qui avait considérablement maigri est dans un état général parfait. Elle a été réglée depuis son départ de l'hôpital très régulièrement et sans aucune douleur. Pas de leucorrhée.

Examen. — Utérus en bonne position, légèrement fixé, ni volumineux, ni dur. Le col est un peu gros, mais sain. Tous les culs-de-sac sont souples ; on n'y sent pas les annexes ; pas même à gauche. Aucune douleur par l'exploration.

Résultat. — Réapparition des règles. Guérison radicale de la paramétrite et annexite.

Remarque. — Le succès est d'autant plus intéressant qu'il a suivi immédiatement de longs essais absolument infructueux du traitement antiphlogistique habituel.

Observation XLVIII, résumée (Dr A...).

Métrite. — Antéflexion. — Salpingo-ovarite double. — Périmétrite.

Mme X..., vingt-quatre-ans. Bien réglée jusqu'à dix-neuf ans. Mariée, elle eut un enfant vivant; mais dans l'année qui suivit son accouchement, elle vit apparaître des pertes blanches très abondantes; les règles quoique restant assez régulières devinrent extrêmement douloureuses, et très peu abondantes; souffrances presque continuelles dans l'intervalle. Depuis quatre ans, Mme X... avait suivi divers traitements (dilatation, antisepsie utérine, crayons), sans aucune amélioration. L'état général était très mauvais.

Antéflexion utérine très prononcée, avec atrésie du conduit cervical. Utérus fixé et douloureux. Tumeur annexielle double, bridée et douloureuse, formant une masse plus volumineuse à droite. Gangue, inflammatoire péri-utérine.

Juin 1894. — Curettage, drainage. Dans les quelques jours qui suivirent l'opération, la région du bas-ventre et des fosses iliaques fut très sensible; un léger ballonnement, sans fièvre. Au sixième jour, la tumeur droite avait déjà beaucoup diminué, sans qu'il y ait eu d'hydrorrhée, ni autre écoulement par l'utérus. Cette amélioration, si rapide qu'elle avait quelque peu surpris le docteur A..., s'accentua dans la suite. La malade a été revue plusieurs fois; elle possède encore la tige qui n'a donné lieu à aucun accident. L'utérus est en position normale et mobile. Dans les culs-de-sac absolument libres, on ne peut sentir que l'ovaire gauche, gros comme une amande, un peu dur et mobile cependant; plus de trace des tumeurs anciennes. Plus de leucorrhée; les règles sont d'abondance normale, régulières, et absolument indolores. L'état général est excellent.

Résultat. — Bon à tous les points de vue et rapidement obtenu.

CHAPITRE III

Analyse et critique des observations.

Voici maintenant le détail des résultats obtenus et des diverses particularités qu'il nous a été permis d'observer.

§ I. Règles. — A. *Douleurs.* — Sur toutes nos observations, 2 fois seulement les règles n'étaient pas du tout douloureuses, XVIII-XXXIII ; 1 fois elles étaient à peine douloureuses et depuis un an seulement, XXIII ; il reste donc 45 faits à analyser.

Dans 24 cas, la disparition complète des douleurs est survenue au cours du traitement et l'amélioration a persisté depuis; nous relevons dans cette catégorie 19 fois des lésions des annexes; 2 fois il s'agissait de femmes vierges qui avaient auparavant des douleurs intolérables, VI-IX.

Dans 2 autres cas, la cessation complète des phénomènes douloureux a été notée; mais les renseignements sont ici moins complets, I, X.

L'amélioration définitive est survenue après quelques troubles passagers dans 2 observations, XXI, XLI; après l'ablation de la tige dans 1 observation, XV.

La simple diminution des douleurs est survenue et a persisté dans 3 cas, II, XVII, XXIX.

Amélioration passagère dans 4 cas, XXXVI, XXVII, XVIII

et XIII ; ces deux dernières ayant trait à des femmes chez qui la ménopause est survenue pendant le traitement.

Les résultats nuls ou défavorables peuvent se classer ainsi :

2 insuccès après traitement prolongé, XXVI et XV; 4 insuccès après un traitement supprimé ou modifié pour diverses raisons : V, XIV, XXV, XXXVII.

3 insuccès partiels, XX, VIII; ce dernier cas est encore en traitement; l'observation XXVIII est un cas de tuberculose généralisée, survenue au deuxième mois du traitement.

Une fois seulement le drainage a provoqué et d'une façon durable l'exagération des douleurs, observation XX.

RÉSULTAT TOTAL :

Amélioration définitive.....	29
— passagère.....	4
Diminution définitive.....	3
Résultat nul ou défavorable.....	9

B. *Régularité.* — Dans 26 cas les règles étaient irrégulières;

20 fois la régularisation des fonctions menstruelles a été provoquée par le traitement;

1 fois le résultat s'est maintenu assez bon, XLIII;

2 résultats passagers ou douteux, XXXIX, XLVI;

3 résultats nuls, XXXV, XXXVI, XXXVII; ces deux derniers après accidents inflammatoires.

C. *Abondance.* — Sur 5 cas de ménorrhagies nous avons noté 4 fois la disparition de ce symptôme, II, XIII, XVII, XLII, 1 fois son atténuation, XLVI.

Dans un cas, les règles très diminuées de quantité sont revenues avec une abondance normale, XLVIII; dans

l'observation XLVII, elles sont revenues après 7 mois de suppression totale.

§ 2. Leucorrhée. — Ce symptôme noté 24 fois a été supprimé complètement et sans accidents dans 16 cas ;

Atténué dans 3 cas, XVIII, XXX, XLIV;

Passagèrement amélioré dans 1 cas, XXII;

Resté stationnaire dans 2 cas, II, XXXVII:

Augmenté dans 2 cas, XXXV, XLV.

§ 3. Phénomènes douloureux en dehors des règles. — Ces douleurs, notées dans 30 observations, ont totalement disparu dans 23 cas.

4 fois, elles ont seulement diminué, II-IX-XXI-XXXII.

1 fois, elles ont réapparu après amélioration passagère, XX.

2 fois, elles ont persisté, le traitement ayant complètement échoué, XXXV-XXXVII.

§ 4. Etat général. — Les modifications de la santé générale si fréquentes dans les affections utérines invétérées, ont été observées par nous chez 27 malades.

23 fois, l'état général a été considérablement amélioré, les malades pouvant reprendre, et sans aucune fatigue, leurs occupations habituelles.

2 fois, il a été bien amélioré, I-II.

1 fois, il est resté stationnaire après accident, XVXV.

1 fois, la malade est morte en cours de traitement, XXXVIII.

§ 5. Modifications portant sur l'utérus. — A. *Antéflexion.* — Observée 10 fois, elle a été complètement corrigée, en même temps que disparaissaient tous les autres phénomènes morbides, dans 4 cas, VII-XXIII-XXXIX-XLVIII.

Dans 4 autres cas (observations communiquées), les douleurs et les troubles menstruels avaient disparu, mais nos

renseignements sur l'état de l'utérus sont incomplets, I-IV-V-VI, jeune fille.

1 résultat nul, Obs. XXXVIII, tuberculose.

1 cas où l'utérus est encore gros et fléchi après plus d'un an et demi de traitement, mais où divers signes de métrite et les troubles menstruels ont disparu, II.

B. *Rétroflexion.* — Observée 7 fois, sur lesquelles :

2 fois, la réduction absolue a été obtenue, XXIX-XL.

1 résultat nul après amélioration passagère, XLV.

4 bons résultats où les renseignements ne sont pas absolument complets, VIII, IX jeune fille vierge, XI, XII avec sténose cicatricielle.

C. *Antéversion.* — Sur 8 cas, l'utérus bien mobilisé au début a été de nouveau un peu fixé : 1 fois, LXIII.

1 fois, résultat bon avec fixité légère persistante, LXVII.

6 fois, tous les symptômes avaient disparu (dont 3 avec périmétrite et annexite), III-XX-XXI-XXX, XXXI, XXXII.

D. *Rétroversion.* — 6 cas en général moins favorables :

2 cas favorables, X-XXXIII.

1 amélioration passagère, XXXVI.

2 améliorations définitives, XLI-XXXI.

1 résultat nul, XIII, dans lequel il s'agit d'une femme âgée probablement arrivée actuellement à la ménopause.

E. *Sur le volume de l'utérus.* — Augmenté 13 fois, le volume de l'utérus est revenu à des dimensions normales — 4 fois, XVIII-XX-XXIX-XXX.

4 fois, il a diminué moins complètement, XV-XXI-XXIV-XLIV.

5 fois, il est resté le même, II-XIII-XX-XXXV-XXXVII.

F. *Sténoses du canal cervical.* — 2 cas seulement : le rétrécissement était d'origine cicatricielle très probablement; le résultat a été excellent après cinq et dix mois, XII-XLVIII.

§ 6. Action sur la métrite. — Dans 36 observations, l'inflammation de la muqueuse utérine a été notée à des périodes et avec des variétés différentes :

21 fois, disparition totale des signes de cette affection, dont 1 dysménorrhée membraneuse, VII; 1 métrite blennorrhagique, XIV; 2 métrites hémorrhagiques, XXIX-XLI; 4 métrites avec participation ou prédominance des lésions du col, IV-XVI-XXIII-XXIX.

4 améliorations définitives, dont une avec disparition de métrorrhagies, XXIX.

4 améliorations, XX-XXVI-XXVIII-XXXIII, la dernière ayant persisté six mois.

7 résultats nuls, dont 1 cas de métrite purulente, V, 1 autre cas où le drain fut enlevé après un mois, XXV.

§ 7. Influence sur l'état des annexes. — A. Dans 4 cas où les annexes étaient seulement sensibles sans lésions appréciables, nous avons obtenu 3 fois la disparition des douleurs, VII, VIII, XV;

1 fois, le résultat, bon pendant 3 mois, n'a pas persisté, XIV.

B. Dans 9 cas d'annexite sans périmétrite, il y avait :

4 fois augmentation de volume et de la sensibilité, sans tumeur véritable, ayant donné 2 succès, XXI, XIII; 1 insuccès, XXVI; 1 résultat très défavorable;

2 fois tumeur annexielle ayant donné 3 guérisons, XXII, XXIV.

1 pyosalpinx, amélioré pendant 3 mois, après quoi le traitement ne put pas être continué, XXXII.

2 hydrosalpinx complètement guéris, XXVIII, XXIX.

C. Salpingo-ovarite unilatérale, avec tumeur manifeste, douleurs et périmétrite; 12 cas ont donné :

6 résultats excellents, XXX, XXXI, XXXVI, XXXIX, XL, XLI, dont le dernier a suivi l'ablation de la tige;

2 résultats assez bons, XXXII, XXXIII;

2 résultats nuls, XXXVIII (tuberculose) et XXXVII;

2 résultats nuls après amélioration passagère, XXXV, XXXVI.

D. Salpingo-ovarite double avec périmétrite, tumeur bilatérale, etc., 7 cas ayant donné :

4 succès complets, XLII, XLVI, XLVII, XLVIII;

2 résultats moins parfaits, XLIII, XLVI; cette dernière observation ayant trait à un kyste du parovaire survenu probablement pendant la durée du traitement;

1 bon résultat passager suivi de nouvelle poussée inflammatoire et retour à l'état primitif, XLV.

§ 8. Périmétrite. — La participation de l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin sans lésion des annexes n'a été observée que deux fois qui ont donné :

1 succès, X, et un insuccès, XIII, femme âgée de quarante-cinq ans, arrivée à la ménopause.

Accompagnée d'annexite très légère, la périmétrite a été heureusement traitée dans 3 cas, observation XXI et suivantes.

Accompagnée de tumeur des annexes, simple ou double dans 18 cas, elle a : complètement disparu dans 8 cas; beaucoup diminué dans 3 cas; diminué puis réapparu dans 3 cas,

XXXVI, XXXIII, récidive après six mois ; XXXV, augmentation au moment de la récidive.

2 résultats nuls, XXXVIII, XLV.

1 résultat franchement mauvais, XXXVII.

§ 9. Stérilité. — Le drainage, en produisant la simple dilatation de l'utérus et en s'attaquant en outre aux diverses causes de la stérilité peut favoriser la conception après l'ablation de la tige ; il force en outre la tolérance de l'utérus en fatiguant sa contractilité par un long séjour. Nos observations III et IV et l'observation II de M. Lefour (voir plus loin) sont à ce sujet très intéressantes.

Dans l'observation IV, où la tige était en partie sortie de l'utérus quand la malade déjà enceinte vint se faire examiner, on pourrait supposer que la fécondation n'a été rendue possible que par l'issue du drain laissant libre la cavité utérine ; « mais, quelque étrange que soit le fait, il y a eu des conceptions malgré la présence d'une tige dans l'utérus ; et dans la plupart des cas, la grossesse est arrivée à terme. Winckel, Olshausen, Goodell en ont apporté des exemples, 12 à 15 en tout, si je ne me trompe. » (1).

Nous ajouterons à ce propos qu'une tige intra-utérine même maintenue avec un disque n'est pas un empêchement au coït. Dans toutes nos observations nous n'avons noté cet inconvénient que dans un ou deux cas où le drain s'était déplacé.

§ 10. Durée du traitement. — Le traitement dans 27 cas favorables a duré 2 mois, 2 1/2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 mois ; en moyenne, 6 mois 1/2 ;

(1) Mondé. — *Tr. de petite chirurgie gynécologique.* Bruxelles, 1890 (446) cité par Lefour, *loc. cit.*

3 fois seulement l'amélioration est survenue ou s'est plus accentuée après l'ablation de la tige, XV, XXXIX, XLI.

5 malades améliorées sont encore actuellement en cours de traitement, depuis 5, 7, et même 19 mois, (II antéflexion) ;

2 résultats assez bons après 3 et 12 mois ;

4 résultats partiellement bons, après 3, 4, 12, 18 mois ;

10 ou 12 cas ont donné un résultat nul ou défavorable, pour lesquels le drain a été laissé moins longtemps : 10, 20, 25 jours, 3, 6, 7 et 13 mois.

§ 10. — A. *Fixité du drain.* — La tige maintenue par le disque de Courtin est en général très bien maintenue : 6 fois seulement, le drain est tombé, et toujours le disque et la tige ont été expulsés séparément, le disque précédant la tige 2 fois. Ces accidents ont été observés après 20 jours, IV ; 2 mois, XXXVII ; 2 mois 1/2, IV ; 5 mois, XI ; 17 mois, XXXI ; dans 2 autres cas, le drain était seulement déplacé dans le vagin après 10 jours, XXVIII ; 7 mois, XLV.

Il reste donc 40 observations où le drain est resté en place pendant un temps très long, alors que les malades se livraient à leurs occupations habituelles. Le disque de Courtin a évidemment le principal rôle dans le maintien de l'appareil ; il se fixe comme un pessaire dans la cavité vaginale et supporte la tige dont le poids est du reste infime. Cependant les cannelures ne sont pas sans utilité pour fixer la tige en bonne position. Après un curettage notamment, lorsque l'utérus dilaté revient sur lui-même et que la muqueuse se reforme, les tissus doivent se mouler quelque peu sur les arêtes et contribuer ainsi au maintien de la tige. C'est ce qui explique pourquoi cet instrument a pu rester dans la matrice un temps assez long après la chute du disque, sans qu'il ait été cependant emprisonné dans le col.

§ 11. Accidents pouvant être attribués au drainage. — A. *Douleurs, en dehors des poussées inflammatoires.* — Dans un très petit nombre d'observations, 2 ou 3, les malades ont éprouvé au début du traitement quelques douleurs avec sensibilité exagérée du ventre, qui ont persisté pendant quelques jours à peine, VI-XLVIII. La tolérance de l'utérus et du vagin était en général parfaite et se montrait dès le début.

Une seule fois, XXV, le drain a paru provoquer des douleurs assez violentes pour nécessiter son ablation. Ces souffrances sont vraisemblablement attribuables à la présence de la tige dans l'utérus, puisque la malade disait avoir la sensation d'un corps étranger qui pressait contre le fond de la matrice. Encore ne sont-elles survenues qu'après un mois de traitement.

Une autre fois, au quatrième mois, le déplacement du drain et sa chute dans le vagin furent l'occasion de douleurs assez vives, et de gêne pour le coït, chez une femme qui avait habituellement de fréquents rapports sexuels, XLV.

Dans l'Observation XXI, vers le deuxième mois, la malade souffrait un peu pendant la défécation, la marche, etc.; la tige touchait à la paroi recto-vaginale, l'utérus étant en antéversion prononcée.

B. *Accidents locaux.* — 2 fois le drain les a provoqués sans être déplacé.

Dans le premier cas (VI, antéflexion), après trois mois d'application, on dut enlever la tige à cause des pertes qui devenaient fétides; on constata alors que le disque était en contact avec quelques points ulcérés de la muqueuse vaginale. Aucune douleur n'avait été accusée par la malade. Le résultat général était du reste bon.

Dans le deuxième cas, XXI, l'utérus était gros, en anté-

version : cette fois c'était la pointe de la tige qui, dès le deuxième mois, s'appuyait sur la paroi recto-vaginale. Au quatrième mois, il y avait une petite ulcération en cupule, remplacée ensuite par une plaque indurée au septième mois. Quelques douleurs au début.

Une légère ulcération a été encore observée chez une femme dont la tige et le disque déplacés étaient à peu près libres dans le vagin. La cloison recto-vaginale était, tout près de la fourchette, le siège d'une érosion entourée d'un bourrelet induré. Douleurs, gêne pendant la marche. Ténesme rectal. L'accident était survenu après quatre mois de traitement, XLV.

C. *Accidents inflammatoires* : a) *Phlegmon péri-utérin.* — Cette affection a été observée deux fois chez les femmes soumises au drainage.

Dans un premier cas, V, il s'agissait d'une antéflexion avec métrite purulente. L'infection du tissu cellulaire péri-utérin est survenue brusquement au dixième jour, avec douleurs et fièvre; pas de péritonite. Très rapidement il s'est formé une petite collection purulente ouverte spontanément dans le rectum et qui a disparu presque sans laisser de traces. Alors que les sécrétions étaient franchement purulentes, un drainage imparfait, l'irritation causée par le drain ont bien pu être l'occasion d'une infection secondaire, c'est possible. Mais il faut aussi se demander s'il n'existait pas auparavant, sans que l'examen ait pu en déceler la présence, quelque abcès enkysté, du paramétrium ou de la trompe (l'écoulement purulent par l'utérus en serait peut-être une preuve), qui brusquement a évolué jusqu'à s'ouvrir au dehors; l'influence des contractions de la trompe et de l'utérus, de l'irritation de voisinage du drain, serait, ainsi comprise, plus admissible.

Le second cas se rapporte à une métrite simple avec dysménorrhée et prolapsus léger chez une femme hystérique, XVI. Au bout de quelques mois l'amélioration était déjà complète, maintenue jusqu'au treizième mois, quand, très brusquement, survinrent avec des douleurs, de la fièvre, des vomissements, etc. La malade entra dans le service du docteur Dubourg, qui lui incisa par la voie vaginale un volumineux abcès du ligament large à droite. La guérison survint dans la suite en ne laissant que quelques brides péri-utérines sans tumeur annexielle. Chez cette malade, les règles quoique indolores et régulières étaient devenues fétides six mois mois après l'opération : elle avait aussi quelques pertes blanches, peu abondantes, mais présentant le même caractère. Or depuis l'opération, c'est-à-dire depuis treize mois, elle n'avait pas fait une seule injection vaginale! Très probablement, des précautions suffisantes auraient évité l'infection des voies lymphatiques de l'utérus, et cet accident n'est pas imputable au système de drainage en lui-même, mais bien aux conditions défavorables dans lesquelles il a été employé.

b) *Salpingo-ovarite et périmétrite secondaires.* — L'Observation XXVIII doit, à notre avis, être considérée comme nulle. Chez cette femme, déjà tuberculeuse avant l'opération, l'état des annexes fut amélioré du côté primitivement malade; un peu plus tard les annexes du côté opposé et le péritoine étaient pris simultanément; le diagnostic porté put être celui de tuberculose du péritoine et des organes génitaux; en effet très rapidement la malade succomba à une infection bacillaire généralisée dont elle avait déjà les germes à son arrivée dans le service.

L'Observation XXXVII est un succès très discutable. La malade paraît, d'après ses antécédents, avoir été un terrain

très favorable, d'une susceptibilité toute spéciale ; la poussée nouvelle qu'elle fit en pleine période de traitement antiphlogistique, longtemps après l'ablation de la tige, en est encore une preuve. De plus, la première poussée inflammatoire date de huit jours après l'opération, alors que la malade s'était levée pendant toute la journée. L'infection secondaire dans ces conditions n'est-elle pas attribuable aux imprudences commises, plutôt qu'au mode de traitement lui-même ? De semblables accidents sont fréquemment observés à la suite d'un simple curettage.

L'Observation XX est un fait de périmétrite avec annexite double survenu au sixième mois. La malade était entrée avec une salpingo-ovarite gauche légère; bien améliorée; dans le service même elle fit une légère poussée à droite dont il ne restait plus de signes (au moins subjectifs) après deux mois. Ce n'est que plus tard, alors que les règles commençaient à devenir fétides, que survint la périmétrite.

L'observation XXXV présente à peu près les mêmes particularités : salpingo-ovarite droite, amélioration, puis un mois après la sortie de la malade, pertes fétides dont l'apparition est suivie d'une poussée aiguë de pelvi-péritonite.

Dans l'observation XLV, l'amélioration d'une salpingo-ovarite double était considérable dès le troisième mois. Mais au septième mois, sans qu'il y ait eu de poussée aiguë, le retour à l'état antérieur se fit progressivement, coïncidant avec l'apparition de pertes fétides, et le déplacement du drain.

Dans l'observation XXXVI, nous remarquons encore que les accidents secondaires ont suivi le déplacement de la tige dans le vagin; la malade à peu près guérie d'une salpingo-ovarite gauche, souffrait depuis quelque jours, et se fatiguait beaucoup malgré la chute partielle du drain quand survint une poussée aiguë de pelvi-péritonite avec annexite double.

En résumé, 1 cas d'inflammation secondaire est nul, XLV ; 1 est attribuable à des conditions défavorables toutes spéciales XVI ; 2 ont une origine très discutable, V, XXXVII ; sur les 4 autres, 2 sont peut-être attribuables à l'irritation produite par le déplacement du drain, XXVI, XLV.

D. *Fétidité des sécrétions.* — Dans un certain nombre de cas, 15 sur 48, les sécrétions, règles et pertes blanches sont devenues fétides. Les pertes menstruelles modifiées sont de couleur brune, marc de café ; plus rarement elles conservent leur coloration normale. Elles ont une odeur toujours mauvaise, dont se plaignaient les malades ; parfois, comme nous avons pu nous en assurer, c'était une odeur très nette de sphacèle. Les pertes blanches devenues fétides étaient en général épaisses, gris-jaunâtre ; leur mauvaise odeur était rarement aussi intense que celle des règles ; elle était de même nature que celle que présentaient des débris mucopurulents recueillis sur deux ou trois tiges ou disques au moment où on les enlevait. Ces caractères spéciaux ont dans quelques cas porté uniquement sur les règles ou les pertes blanches ; mais dans la moitié de nos observations, les deux genres de sécrétion étaient simultanément modifiés. Toujours la fétidité a disparu aussitôt après l'ablation du drain.

Nous devons faire remarquer que 2 fois seulement l'augmentation en quantité de la leucorrhée a coïncidé avec son altération, XXXV, XLV ; une fois la quantité n'a pas été modifiée, II ; dans tous les autres cas la leucorrhée fétide était passagère, suivant de très près les époques menstruelles, très peu abondante, et diminuée de quantité, par rapport à ce qu'elle avait été avant l'opération.

Au reste la mauvaise odeur des sécrétions n'est apparue en général qu'assez tardivement :

Après 3 mois, VI, XV, XXVI, XXXV, XLVI;
Après 4 mois, XIX, XX, XXII;
Après 6 et 7 mois, XXXIII, XXXIX, XLV;
Après 10 mois ou davantage, XXIV, II, VII, XIII;

Trois fois, l'apparition de la fétidité dans les sécrétions a coïncidé avec la production d'accidents inflammatoires, XIII, XX, XXXV, et sans doute faut-il admettre qu'il n'y a pas eu là une simple succession de phénomènes.

Quant au mode de production de cette odeur fétide, nous remarquerons : 1° que, dans les quelques cas où elle a été observée, le plus souvent il a été possible de retrouver dans les parties les plus inférieures des cannelures de la tige, et surtout sur la face supérieure du disque, des amas de mucosités épaisses et d'odeur de même nature; 2° elle a toujours disparu très rapidement à la suite de l'ablation du drain; 3° elle n'est pas liée à une hypersécrétion leucorrhéique, ni à une perturbation des fonctions menstruelles; 4° jamais semblable accident n'aurait été observé avec la tige d'aluminium fixée autrement qu'avec le disque de Courtin. On peut conclure de là que le disque ne permet pas un écoulement toujours parfait des sécrétions utérines; ces produits arrêtés sur sa face supérieure peuvent s'altérer, produire les odeurs signalées, et donner lieu, si les malades ne font pas une antisepsie vaginale rigoureuse à des accidents d'infection secondaire.

Nous croyons pouvoir séparer ainsi les responsabilités de la tige et de son support, d'autant plus que le caoutchouc est un composé organique très peu stable, partant, difficilement aseptique, pouvant se décomposer partiellement au contact de corps irritants.

CHAPITRE IV

§ I. Autres modes d'emploi de la tige d'aluminium

M. le docteur Lefour a continué à fixer sa tige sur le col, mais en modifiant un peu sa première manière. Au début, il passait un crin de Florence dans le col, au-dessus des commissures; le crin, enfilant au passage dans le conduit cervical le chas de l'aiguille, était ramené en bas et noué au centre même de l'orifice cervical. Puis M. Lefour, pour obtenir plus de fixité encore, serra le crin sur une seule lèvre, ses extrémités ayant été ramenées en avant et nouées en plein sur la lèvre antérieure. Là encore, il y eut quelques inconvénients : au bout d'un certain temps, plusieurs mois le plus souvent, le drain avait pu être expulsé, après section progressive des tissus. C'est alors que M. Lefour eut l'idée de faire la ligature beaucoup plus haut sur le col et de remplacer le crin par un gros fil d'argent; cette dernière méthode paraît ne lui avoir donné que de bons résultats. Il ne faut pas avoir peur de serrer assez fortement le fil, car lorsque après dilatation, l'utérus se rétracte, l'anse fixatrice devient forcément plus lâche.

M. le professeur Lanelongue a employé lui-même la tige d'aluminium en la fixant avec un crin, soit sous les commissures, soit sur la lèvre antérieure. M. le docteur Sengensse passe le plus souvent un double crin de manière à faire une double ligature, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la

lèvre postérieure. M. le docteur Baret de Nazaris, d'Agen, a employé le même procédé, mais en remplaçant le crin par un gros fil de soie.

Lorsqu'on fait une amputation du col, quelle que soit la méthode employée, Simon, Schroder, ou une simple trachélorrhaphie d'Emmet, il suffit, pour fixer ensuite le drain, de ponctionner le col avec l'aiguille porte-fil au-dessus des commissures de l'incision.

M. le docteur Rivière (V. fig. hors texte) a modifié la tige de Lefour de la manière suivante : Dans la crainte qu'elle ne soit qu'imparfaitement maintenue dans le disque de Courtin, il a fait ajouter à 5 millimètres de l'une des extrémités une petite clavette, également en aluminium, qui traverse transversalement d'une cannelure à l'autre en dépassant un peu le plan des arêtes. Cette clavette reposant sur le disque peut empêcher le drain de glisser dans son orifice central. Le trou de la tige est maintenu au-dessous d'elle. Les cannelures dans cet instrument sont plus profondes que dans celui de Lefour. A l'occasion d'un cas tout spécial, IX, M. Rivière pour rendre plus facile l'introduction du drain, a eu recours à un dispositif particulier dont il n'est nul besoin, du reste, dans les cas habituels. Il s'agit d'une pince qui fonctionne à la manière de l'amygdalotome : une tige métallique longue d'environ 25 centimètres, est munie, à l'une des extrémités, d'un anneau pour recevoir le pouce; l'autre extrémité est bifide, terminée en pince, comme la pince de Hunter. Sur la tige glisse un tube muni de deux anneaux pour l'index et le médius et destiné à serrer les mors. Voici quel serait la marche à suivre si l'on était à même d'user de cet appareil :

1° Enfiler le disque avec la pince;

2° Prendre la tige avec la pince dont les mors portent dans les trous et l'introduire;

3° Pousser avec un instrument quelconque le disque le long de la pince jusqu'à ce qu'il enfile la pointe de la tige qu'on voit saillir hors du col. L'application est terminée, on rapproche les doigts ; les mors libérés quittent les petits trous de la tige qui reste en place.

Récemment, M. Lanelongue a modifié le disque de Courtin ; échancré sur ses deux bords par deux coups de ciseaux, il prend la forme d'une ellipse et présente ainsi beaucoup moins de surface ; le courant des injections arrive plus facilement sur sa face supérieure ; l'asepsie et le drainage sont ainsi mieux assurés. Quant à la solidité de l'appareil elle est aussi parfaite qu'avec le disque entier ; le grand axe de l'ellipse doit être placé transversalement dans le vagin.

Pour en revenir à la méthode de Lefour, voici quelques observations choisies dans sa pratique personnelle ou empruntées à celle de quelques autres de ses partisans.

Observation I, résumée (Dr L...)

Sténose du Col — Dysménorrhée

Madame B. de P..., vingt-quatre ans, veuve après un mois de mariage. Les règles sont très douloureuses depuis l'instauration des époques menstruelles. Légère endométrite, sténose du col. Curage et tige intra-utérine le 27 avril 1893. La malade se lève le 15 mars. Réglée le 22 mars sans douleurs.

Malade revue en novembre 1894. Depuis l'application de la tige, règles régulières et sans douleurs. Ablation de la tige. Guérison.

Observation II, résumée (Dr L...)

Antéflexion — Intolérance utérine — Endométrite

Madame P..., vingt-trois ans. Deux fausses couches en 1890, au troisième mois. Règles douloureuses. Leucorrhée abondante. Anté-

flexion utérine et endométrite marquées. Curage et tige intra-utérine le 19 décembre 1891. Se lève le 5 janvier 1892.

Depuis, très bien réglée et sans douleurs.

Ablation de la tige le 2 juillet 1892. Devient bientôt enceinte et accouche à terme le 20 mai 1893; suites de couches normales. Bientôt nouvelle grossesse. Accouchement à terme le 29 juin 1894. Nourrit son bébé. Radicalement guérie.

Observation III, résumée (Dr L...)

Antéflexion congénitale

Madame de L..., vingt-huit ans. Antéflexion congénitale et endométrite légère. Ecouvillonnage et tige intra-utérine fixée avec disque de caoutchouc, le 7 janvier 1891. Se lève le 24 janvier.

En février, pertes jaunâtres abondantes; douleurs vives dans les deux côtés du ventre, fièvre, ballonnement du ventre. Utérus peu mobile et douloureux au toucher. Culs-de-sac empâtés; annexes sensibles. Suppression de la tige; injections chaudes avec une solution de sublimé à 0,50 pour 1000.

Peu à peu les phénomènes s'amendent, mais ne disparaissent que lentement : la malade se lève pour la première fois le 28 avril. Les règles, venues le 14 avril, peu abondantes et douloureuses, restent ainsi jusqu'en novembre.

Le Dr L... propose un nouveau curage et fixation de la tige par son procédé habituel. Malgré ses appréhensions, mais avec l'espoir de guérir, Mme de L... accepte. Le 24 novembre, curage et tige fixée avec le fil d'argent. Depuis, règles normales et sans douleurs. Pas d'accidents.

Remarque. — M. le Dr Lefour considère cette observation comme absolument topique : L'application d'une tige avec disque dans un cas

d'antéflexion simple, après des phénomènes évidents de rétention, a été l'occasion d'une poussée inflammatoire dans les annexes et le paramétrium; tandis qu'une seconde tige, cette fois-ci soutenue par un fil, a été mieux supportée, et a amené la guérison de l'affection première et de ses complications.

Observation IV (Dr de N...)

Antéflexion — Dysménorrhée.

Valentine R..., vingt-huit ans. Réglée à dix-sept ans; mariée; pas de grossesse. Règles très douloureuses les premiers jours au point de forcer la malade à garder le lit, etc., etc. Toucher : antéflexion utérine, sans métrite, sans rien aux annexes.

Dilatation, puis application d'une tige fixée par un double fil de soie, assez haut sur le col. Tige admirablement supportée : les règles reviennent régulièrement sans douleurs ni vomissements. La malade qui habite la campagne faisait quatorze kilomètres à pied pour venir me consulter sans éprouver la moindre souffrance.

Posée en février 1894, la tige a été enlevée en décembre 1894. Les fils n'avaient pas sectionné le col. Pas de leucorrhée. Guérison persistante.

Observation V, résumée (Dr L...).

Antéflexion congénitale — Endométrite.

Marie T..., mariée sans enfants. Règles douloureuses. Leucorrhée peu abondante. Antéflexion congénitale et légère endométrite.

Curettage. Tige le 17 juillet 1893. Se lève le 9 août. Réglée le 5 août pendant son séjour au lit sans douleur. Réglée le 2 septembre dans les mêmes conditions. Revue le 3 novembre; même état. Revue le 11

janvier 1894. La guérison se maintient. Ablation de la tige; la malade n'a pas été revue depuis.

Observation VI, résumée (Dr L...).

Antéflexion et périmétrite douloureuse légère.

Mme C..., vingt-six ans. Un enfant; fausses couches répétées de un et trois mois. Utérus fortement antéfléchi. Annexes douloureux des deux côtés, sans former tumeur cependant.

Le 29 mars 1893. — Curage et tige intra-utérine. Disparition de tous les accidents. Tige enlevée en novembre 1894. Revu la malade en décembre. Guérison radicale.

Observation VII, résumée (Dr L...)

Dysménorrhée — Antéflexion — Périmétrite

Mme X..., trente-cinq ans, mariée, sans grossesse; dysménorrhée qui date de l'époque d'apparition des règles. Depuis trois ans, douleurs très vives dans le côté gauche; leucorrhée plus abondante. En 1889, examen qui dénote une antéflexion avec périmétrite; utérus immobilisé; empâtement plus manifeste dans le cul-de-sac gauche; pas de tumeur formée par les annexes. Traitement par dilatation, lavages et crayons intra-utérins, qui amena un peu d'amélioration des phénomènes douloureux.

En 1890, nouvelle poussée douloureuse, à gauche surtout; règles irrégulières, même traitement, suivi encore d'amélioration légère et passagère. En 1891, dilatation, aseptisation de la cavité utérine sans curettage. Tige fixée avec un crin.

Le drain tomba au bout de sept mois; après cassure du fil et déchirure partielle du col.

Dès le troisième mois, les douleurs aux époques menstruelles avaient beaucoup diminué. Au septième mois, règles normales, plus de leucorrhée; utérus mobile, souplesse absolue dans les culs-de-sac.

La guérison s'est maintenue depuis.

Observation VIII, résumée (Dr L...)

Endométrite — Salpingo-ovarite droite.

Mme M..., vingt-huit ans; un enfant âgé de sept ans; fausse couche de trois mois le 7 mars 1891. Expulsion de l'œuf en deux temps; accidents septiques; guérison. Mais un peu plus tard accentuation des symptômes d'endométrite. Examen le 5 janvier 1895. Salpingo-ovarite droite sans périmétrite. Curettage, tige intra-utérine le 18 janvier 1893. La malade se lève le dix-neuvième jour. Malade revue le 9 avril. Annexes à peine perceptibles. Revue encore le 7 août. Aucun phénomène ni subjectif ni objectif. Ablation de la tige; guérison qui ne s'est pas démentie.

Observation IX, résumée (Dr L...)

Endométrite — Salpingo-ovarite gauche.

Mme H..., vingt-sept ans; un enfant de six ans; accouchement laborieux terminé par une application de forceps. Accidents abdominaux consécutifs, accompagnés de fièvre, de douleurs au côté gauche du ventre. Se lève sept semaines après son accouchement. Depuis, souffre toujours du côté gauche et des reins; pertes jaunâtres, endométrite du corps et du col; déchirure bilatérale du col plus marquée à gauche. Annexes gauches volumineux et très sensibles.

Le 13 juin 1893, curage, opération de Schroder; tige intra-utérine.

Mme H... se lève le 11 juillet; plus de leucorrhée. Restauration du col complètement cicatrisée. Annexes manifestement diminués de volume et à peine sensibles.

Revue le 9 août. Mieux chaque jour plus sensible. Annexes difficilement appréciables, mais encore un peu sensibles à la palpation. Revue le 14 octobre. Guérison complète; ablation de la tige. Depuis, pas de nouvelles.

Observation X, résumée (Dr L...)

Endométrite — Salpingo ovarite.

Mme B..., trente-deux ans; deux enfants. Une fausse couche datant de sept mois. Cette fausse couche (?) caractérisée par une suppression dans les époques et une hémorrhagie, a été suivie depuis par des pertes jaunes et des douleurs siégeant dans les reins et le côté gauche du ventre. A l'examen, endométrite manifeste; annexes gauches de la grosseur d'une mandarine, extrêmement douloureux à la pression bimanuelle.

Curage et tige intra-utérine le 12 juillet 1892. Malade levée le 8 août. Annexes moins volumineux, mais encoré très sensibles. Revue le 6 octobre; a repris sa vie habituelle, marche et va en voiture sans souffrance. Règles normales, pas de leucorrhée. Annexes insaisissables et indolores. Je lui conseille de garder encore sa tige. Revue le 16 janvier 1893. La guérison se maintient. La tige est enlevée. (Non revue depuis.)

Observation XI, résumée (Dr S...)

Endométrite—Antéversion—Annexite gauche—Périmétrite légère.

Mme X..., trente-six ans, eut après un accouchement des accidents inflammatoires qui déterminèrent l'apparition d'une endométrite avec périmétrite légère. Par l'examen, on trouvait l'utérus en antéversion;

ses mouvements un peu bridés; les annexes gauches formant une tumeur très douloureuse, également peu mobile, du volume d'une noix. Leucorrhée très abondante; dysménorrhée.

Curettage Schroder. Drainage avec une tige fixée par un crin de Florence. La tige a été enlevée au bout d'un an. La malade n'avait plus de leucorrhée : les règles étaient normales et sans douleurs. Les culs-de-sac sont devenus souples; les annexes gauches restent à peine perceptibles et absolument indolores.

Le fil d'argent ou la soie paraissent devoir couper le col moins facilement que le crin : ce petit accident était du reste le seul que l'on pût reprocher au procédé de Lefour; et en somme, il est minime si l'on considère que les tissus se referment à mesure qu'ils sont déchirés, tout comme arrive à se cicatriser le pédicule d'une petite tumeur enserrée dans un fil à ligature. Les malades ne paraissent nullement se ressentir de la présence du lien fixateur laissé à demeure, quelque étonnante que paraisse la tolérance du col. Dans les cas de déchirure, la tige tombe spontanément, et cet accident n'a de caractère fâcheux que s'il est précoce.

M. Rivière a vu ainsi tomber une tige au sixième jour, bien que la ligature ait été faite aussi haut que possible.

La malade accusait en même temps quelques douleurs dans le ventre; peut-être déjà un peu de péritonisme ? Partie en voyage, elle mourut plusieurs mois après des accidents péritonéaux. M. le docteur Rivière, du reste, ne fait pas de cette observation, trop vague dans ses renseignements, un exemple des dangers que peut offrir la ligature sur le col. Ce danger existe néanmoins chez des femmes qui n'offrent pas des garanties suffisantes d'asepsie. Mais est-il plus grand que celui qui provient de l'arrêt possible des sécrétions au-dessus du disque de Courtin ?

Les deux méthodes ont été expérimentées dans des conditions trop différentes pour que nous puissions encore nous permettre de conclure. Quelques restrictions faites par M. Lefour lui-même feront excuser notre réserve :

« A mon avis, la tige intra-utérine, tuteur, redresseur, ou drain, doit être maintenue d'après les principes énoncés dans mon mémoire à la Société de Gynécologie de Paris. La tige doit être libre dans la cavité utérine, et laisser à l'organe toute sa mobilité physiologique : par conséquent, elle ne doit pas prendre de point d'appui dans le vagin.

» Fixée par un gros fil d'argent qui aille d'une commissure à l'autre du col, elle est dans l'utérus comme un battant de cloche qui suit l'organe dans ses moindres déplacements.

» La tige doit être plus courte que la cavité cervico-utérine ; son extrémité inférieure doit donc disparaître dans la cavité du col.

» Jamais d'accidents ; certaines de mes clientes montaient à cheval. J'estime, cependant, que l'antisepsie la plus rigoureuse est de rigueur.

» Peut-être, moins bien fixée, la tige pourrait-elle être le point de départ d'accidents chez les femmes du peuple peu soigneuses de leur personne. »

§ 2. Résumé. — Très légère, bien supportée, peu irritante, ne s'altérant pas, assurant un drainage suffisant, la tige d'aluminium représente un des instruments les plus parfaits servant à la fois de redresseur et de drain.

La méthode suivie par M. le professeur Lanelongue est avant tout, simple, d'une application facile, à la portée de tous les chirurgiens. Elle empêche la tige d'être avalée et retenue par l'utérus, et assure à l'appareil assez de fixité pour que les malades puissent être traitées longtemps

sans être obligées de rien changer à leurs occupations habituelles. Elle serait parfaite si le disque n'avait amené parfois la rétention des sécrétions au-dessus de sa face supérieure, et ne leur avait communiqué une mauvaise odeur.

Cet inconvénient pouvant être dans des cas particuliers, — tout comme la section du col, avec la méthode de Lefour — le point de départ d'accidents septiques, doit être diminué grâce à la modification que M. Lanelongue a récemment fait subir au fixateur de caoutchouc. Ce nouveau dispositif a, en outre, l'avantage de réduire les points d'appui du disque sur le vagin, évitant ainsi en partie les reproches que l'on fait habituellement aux pessaires intra-utérins.

Les résultats que M. Lanelongue a obtenus par son procédé, comportent 66 0/0 de guérisons, — *radicales et portant sur tous les symptômes* — dans les affections utérines simples, — et 75 0/0 dans les cas où les annexes et le paramétrium étaient atteints. Ces guérisons étaient encore affirmées après une période variant de un an à dix-huit mois.

Dans les améliorations obtenues, le repos n'entre que pour une faible part, puisque les malades n'y ont été tenues que pendant un temps très limité, quinze à vingt jours au plus. Le curettage et l'amputation du col qu'ont subis la plupart des malades ont dû évidemment apporter leur contingent d'action bienfaisante. Mais en songeant que le drainage, souvent pratiqué sans ces opérations, donne d'aussi bons résultats, et que, pratiquées elles-mêmes, isolément, elles ne donnent jamais une aussi grande proportion de guérisons durables, on peut conclure que l'influence du drainage a été prépondérante.

Nous admettrons cependant volontiers que le plus souvent il est préférable de faire précéder le drainage de l'utérus d'un curage préalable de sa cavité.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Mode d'action.

Le drainage de la cavité utérine a, en réalité, une action bien plus complexe que ne pourrait le faire supposer le terme même qui sert à désigner cette méthode. Le mode par lequel il agit est réduit à sa plus grande simplicité dans les diverses métrites avec écoulement abondant et dans les flexions utérines. Mais pour expliquer les modifications qui surviennent sous son influence dans les périmétrites, dans les lésions parenchymateuses anciennes de l'utérus et des trompes, on est forcé d'entrer dans des considérations plus étendues.

D'une façon générale, dans les divers procédés que nous avons décrits, on peut reconnaître : 1° une action mécanique ; 2° une action physiologique.

Action mécanique. — Les drains introduits dans l'utérus agissent :

a. Comme redresseurs des courbures anormales dans les

anté ou rétroflexions ; ils peuvent en outre contribuer à corriger les orientations anormales de l'utérus (anté, rétro et latéroversions) mais à la condition de prendre un point d'appui, même très léger, sur le vagin, ce qui les rapproche alors singulièrement des pessaires intra-utérins.

b. Comme dilatateurs, dans les cas d'atrésies congénitales ou cicatricielles, les sténoses spasmodiques des orifices cervicaux, etc. Il est aisé de comprendre l'influence du drainage dans ces conditions : on substitue à un canal rétréci un canal rendu largement perméable par la dilatation et maintenu tel par une tige ou un tube résistants. A côté de ce rôle purement passif, quelques-uns ont cru pouvoir reconnaître à leurs méthodes un rôle actif non moins important : Kehrer (*loc. cit.*) pense que la gaze iodoformée introduite dans l'utérus agit par « pression excentrique » en se laissant imbiber par le sang ou les liquides de sécrétion ; le calibre du drain augmenterait progressivement et insensiblement, entretenant ainsi une pression constante et salutaire au niveau des points sténosés, etc., etc.

Pour Bonnaire, le tube élastique agirait comme le dilatateur utérin de Tarnier ; « à l'élasticité des muscles, le caoutchouc oppose la sienne ; il agit progressivement et uniformément, use la tonicité du muscle et vient même à bout de cette tonicité lorsqu'elle est en excès, c'est-à-dire lorsqu'elle entraîne l'état pahotlogique connu sous le nom de contracture spasmodique du col. »

c. Comme vecteurs au dehors des produits de sécrétion. S'il est vrai que les sécrétions du vagin peuvent rester longtemps à l'état d'asepsie parfaite, même avec la présence dans sa cavité d'un corps étranger (Menge), il n'en n'est pas de même pour les sécrétions utérines. Les recher-

ches de Menge (1) et celles de Wertheim (2) ont montré qu'elles contenaient un grand nombre de micro-organismes qui appartiennent pour la plupart aux espèces pathogènes. Toupet (3), à la suite d'expériences répétées a même pu démontrer que, le vagin restant asepti que, ilexistait diverses variétés de microbes, dans les trompes, dans l'utérus, et sur les parois du tube employé comme drain. On voit donc combien il importe de favoriser l'écoulement des excréta utérins : le plus souvent, cet écoulement est empêché par les déviations ou rétrécissements du canal utéro-cervical, par l'abondance même des produits sécrétés, par leur consistance épaisse et glaireuse. Le drainage capillaire peut rendre de grands services dans les deux dernières catégories de faits. Les tubes et les tiges ont en outre l'avantage de s'adresser aux obstacles qui viennent de l'utérus lui-même.

A propos du drainage capillaire nous pensons que la gaze est parmi les procédés, celui qui se recommande le plus par sa simplicité et par la sûreté de son action, mais à la condition toutefois que l'utérus ne soit bourré que très modérément ; la méthode de Polk, surtout si on l'emploie en dehors du curettage, nous semble préférable à toutes les autres ; le tamponnement du vagin séparé de celui de la matrice est également favorable au maintien de la capillarité du drain utérin, parce qu'il en empêche plus facilement la dessication. Il ne faut pas, de même, attendre que la gaze soit trop fortement imbibée de liquide, car loin de drainer, elle fait alors bouchon, et l'on voit, quand on enlève une lanière de gaze très imprégnée, des flots de liquide expulsés à sa suite. Voilà

(1) Menge (*Centralblatt f. gynœkologie*, 189.), suppl. p. 81).
(2) Wertheim (*Archives f. gynœcologie*, 1892).
(3) Toupet (*in Th. Ransquins*, Paris, décembre 1892).

pourquoi les idées de Kehrer qui attend de l'imbibition excessive de la gaze une « pression excentrique » favorable, nous semblent quelque peu risquées.

M. le docteur Monod nous a fait remarquer que lorsqu'on retire la gaze, à la suite d'un curettage par exemple, on observe que les mèches intra-utérines sont presque sèches et décolorées, tandis que les tampons vaginaux sont rouges et imprégnés de liquide. C'est pour lui la preuve que les lanières de gaze produisent un drainage parfait.

Parmi tous les systèmes qu'il a essayés, Chéron n'a gardé que l'usage du crin de Florence.

Dans les observations très nombreuses relatées par lui ou ses élèves, nous n'avons pas rencontré l'aveu d'un seul fait de rétention. L'excellence de ce résultat ne laisse pas que de surprendre un peu; on s'attendrait à voir les sécrétions utérines, surtout lorsqu'elles ont quelque consistance, s'arrêter sur les brins, comme la fibrine se dépose sur un balai; il n'en est rien, paraît-il, et si l'on en croit le chirurgien de Saint-Lazare, son drain doit compter parmi les plus sûrs.

Les drains tubulaires les meilleurs, sont évidemment ceux qui offrent le moins de contact avec les parois utérines; ils doivent être percés d'un nombre d'orifices aussi considérable que possible, mais ceux-ci doivent avoir des dimensions assez grandes, sans quoi ils s'obstruent trop facilement. C'est là, du reste, un grave reproche à leur faire, et si l'on n'a pas soin de faire dans leur cavité des irrigations fréquentes et sous une pression assez forte, on voit les trous bouchés par des amas de sécrétions épaisses, ou par la muqueuse même qui vient faire hernie dans leur lumière. Les tubes de caoutchouc eux-mêmes, pour répondre à toutes les indications, devraient être criblés d'un nombre plus considérable d'orifices, mais on nuirait ainsi à la résistance de leur calibre.

A priori, on ferait volontiers aux tiges solides le reproche de ne pas assurer suffisamment le drainage. Mais il n'en est rien : nous nous sommes déjà expliqué sur la production des sécrétions fétides et sur le rôle joué par les disques en caoutchouc.

Parmi les modèles de tiges, celles qui, à notre avis, doivent drainer le mieux, sont celles qui ont la surface la moins continue et qui peuvent le plus facilement se passer d'un soutien vaginal.

Action physiologique. — Elle est d'ordre réflexe ou d'ordre topique.

L'action topique directe est restreinte à la gaze, et aux tamponnements de Vulliet, avec lesquels on peut faire de l'hémostase ou faire de véritables pansements intra-utérins ; nous ne voyons pas bien quelle influence salutaire pourrait avoir sur la muqueuse utérine le contact des drains de Bonnaire, et sur les ectropions du col, le disque-support de Chéron ; il est vrai que celui-ci parle plutôt d'un rôle protecteur. Une action topique secondaire doit être accordée aux drains tubulaires, qui favorisent les injections et les pansements intra-utérins, ainsi qu'au tube bivalve de Milton.

L'excitation réflexe porte : sur la contractibilité, sur la circulation et sur la nutrition de l'organe.

a) Sur la contractibilité musculaire. Le muscle utérin répond avec une grande facilité aux excitations de toutes sortes. Les drains agissant comme corps étrangers sont une cause d'irritation qui se traduit parfois par des coliques, et une force d'expulsion d'autant plus considérable que l'utérus aura été plus dilaté (Vulliet, Chéron, Bonnaire, etc.). Ce réveil de la tonicité musculaire agit favorablement sur la circulation de l'organe, et par suite, sur les fonctions mens-

truelles ; de plus, il peut gagner l'appareil tubaire et provoquer ainsi l'écoulement des collections de la trompe. Les dispositions anatomiques rendent admissible ce parallélisme des effets produits à la fois sur l'oviducte et sur l'utérus, à la suite de l'excitation portée sur cet organe seul (Walton, Rutherford, etc.). Terrillon pense avec raison qu'il n'est possible que dans le cas de perméabilité des ostia utérina. D'après Walton, cette perméabilité peut revenir, quand l'utérus modifié par le drain diminue de volume ; la diminution d'épaisseur portant sur tous les points de la paroi, au niveau des angles utérins elle a pour résultat de diminuer le trajet intra-utérin du conduit tubaire. Pour Bonnaire, la dilatation constante des orifices cervicaux obtenue par le drain est capable, par voie réflexe, d'amener celle des ostia utérina.

L'action décongestive du drainage est des plus probantes dans les cas de régression tardive de l'utérus après la grossesse, alors que l'organe reste mou, turgescent, volumineux, et hyperthermique. Chéron a particulièrement étudié ces cas, et il rapporte à cette occasion une série d'expériences intéressantes, par exemple celle-ci : dans un utérus dont la température a été relevée, on introduit un hystéromètre, ou un drain quel qu'il soit ; presque instantanément, on voit la coloration violacée du col pâlir légèrement, et la température, relevée une seconde fois, accuse une diminution de quelques dixièmes de degrés ! Au reste, cette action favorable sur la température utérine est facile à observer ; la thèse de Reilhac contient pour un certain nombre d'observations les températures extrêmes de la matrice prises avant et après le traitement de Chéron, et toujours on trouve indiquée une baisse terminale. Un faisceau de crins de Florence n'a pas d'action plus spéciale sans doute qu'un corps étranger quelconque qui serait comme lui placé dans l'utérus, aussi

pensons-nous pouvoir accorder à tous les types de drains la même action hypothermisante.

La diminution de l'hyperémie entraîne la diminution du volume de l'organe : les gros utérus post-puerpéraux, ceux même qui avaient servi à constater l'abaissement de la température dans les expériences de Chéron avaient tous diminué de volume. Il est, bien entendu, des cas où le retour *ad integrum* ne saurait être obtenu : des lésions parenchymateuses, véritable sclérose hypertrophique de l'utérus ou des trompes, ne sont susceptibles que de très légères modifications.

En même temps que l'hyperémie disparaît dans l'utérus, on constate que les parois de l'organe reprennent plus de souplesse. Cette heureuse modification, surtout sensible au niveau du col, est cliniquement indiquée par l'examen méthodique du corps utérin au-dessus du pubis. La circulation de retour n'est pas seule favorisée par l'action du drainage; il en est de même pour la circulation artérielle. Il en résulte une nutrition plus parfaite de l'organe et aussi une influence utile sur le flux périodique menstruel.

La régularisation des fonctions menstruelles est plus sûrement obtenue dans les cas d'aménorrhée (quelle qu'en soit l'origine) où il suffit de réveiller la tonicité de l'organe et d'exciter la circulation. L'irritation congestive que l'on recherche alors ne demande pas d'être mesurée, et presque à coup sûr l'effet désiré est obtenu.

C. *Action sur la nutrition.* — Les phénomènes de nutrition sont intimement liés à ceux de la circulation. On comprend que la régularisation des échanges nutritifs puisse amener la modération ou même la reprise des exsudats plastiques qui se forment dans le parenchyme même de l'utérus ou dans son voisinage. En particulier, les tumeurs péri-annexielles,

celles que Doléris attribue à l'existence de collections dans les néomembranes, kystes adventices, simples hygromas séreux ou sous-séreux de la région, les adhérences péri-utérines et péri-annexielles sont très susceptibles de disparaître grâce au drainage. Un grand nombre de nos observations sont très probantes à cet égard.

L'action que la méthode exerce sur la muqueuse utérine est un peu spéciale : Plus l'irritation du drain est considérable, plus sont accusées les modifications de la muqueuse. Nous prenons pour exemple le procédé de Chéron. Dès le quatrième ou cinquième jour qui suit l'application de son drain, celui-ci a vu survenir un écoulement séro-sanguinolent, dont les caractères se modifient bientôt au point qu'il devient séro-purulent, puis épais et franchement purulent. Cet écoulement dure un temps très variable (d'une semaine à quelques mois) pendant lequel il se fait une véritable fonte purulente de la muqueuse. Après quoi cette sécrétion exagérée se tarit et tout rentre dans l'ordre. C'est le moment choisi par Chéron pour supprimer son drain. De même qu'il fait de son expulsion spontanée l'indication du réveil de la tonicité utérine dans les cas d'atonie ou de régression incomplète, de même il fait de l'arrêt de la sécrétion séro-purulente le signal d'une rénovation complète et suffisante de la muqueuse.

On a maintes fois signalé des phénomènes analogues consécutifs à l'emploi de la gaze iodoformée, ou des tubes de caoutchouc. Deux fois seulement, nous avons pu observer des pertes sanguinolentes, épaisses, survenant en dehors des règles, (II, XIV). Il est possible, sans doute, qu'une hypersécrétion plus ou moins abondante puisse exister et passer inaperçue quand le drainage est bien assuré, surtout lorsque les malades font régulièrement des injections vaginales. Mais,

en réalité, tous les drains ne sont pas aussi irritants que celui de Chéron, seul capable de produire « une véritable vésication sur la muqueuse utérine. » Les autres méthodes, si elles arrivent à un même résultat, y arrivent d'une façon plus tardive et plus discrète : la rénovation totale ou partielle de la muqueuse peut se faire sans fonte purulente de ses éléments, sans travail exagéré de ses glandes ; sans augmentation de la leucorrhée par conséquent. Ce symptôme, au contraire, peut céder très rapidement grâce aux heureuses modifications apportées dans la circulation et la nutrition de l'utérus.

CHAPITRE II

§ I. Indications et choix du procédé.

1° *Aménorrhée.* — Si l'aménorrhée est un simple trouble fonctionnel qui ne soit pas sous la dépendance d'une affection complexe de l'utérus et de ses annexes, les drains les plus irritants sont les plus recommandables, en particulier les divers appareils de Schwartz, le drain de Chéron, le tube de Fehling, etc... Dans les autres cas, elle sera heureusement traitée par les procédés qui s'adresseront plus directement à ses causes productrices.

2° *Atrésie congénitale, sténose cicatricielle, etc.* — Si la dilatation rapide était infidèle ou douloureuse, le tamponnement de Vulliet, la dilatation progressive avec des mèches de gaze pourraient être tentés. Mais le rétrécissement pouvant laisser passer un drain solide, il sera préférable de s'adresser à celui qui peut être toléré le plus longtemps et qui ne nécessite pas de surveillance spéciale : la tige d'aluminium serait

plutôt indiquée que les divers tubes métalliques ou en verre.

3° *Flexions.* — S'il n'y a pas en même temps de déviations du col dans l'axe du vagin, les précédentes remarques s'appliquent aux flexions (anté-, rétro- ou latréro-) de l'utérus.

4° *Déviations.* — Avec ou sans flexions, quand le col est déplacé, fixé ou non dans une orientation vicieuse, il peut être utile de favoriser son redressement en prenant un léger point d'appui sur le vagin : la tige de Poullet recouverte de gaze n'est qu'un tuteur passager ; les drains de Greenhalg et de Schoull, en caoutchouc, sont trop malléables : nous leur préférons le procédé de M. Lanelongue.

5° *Métrite aiguë.* — Surtout si elle est infectieuse, cette affection n'est pas justiciable indifféremment de tous les traitements. Celui qui nous semble préférable est celui qui assure un bon drainage, qui maintient la dilatation de l'utérus, qui peut en modifier les surfaces par une action topique spéciale, qui ne risque pas de blesser un organe mou et friable. Nous prescrivons comme dangereux tous les drains solides (sauf peut-être le tube de Milton) ; les tubes de caoutchouc ne remplissent pas toutes les conditions; le drainage à la gaze nous paraît être le procédé de choix, par exemple dans les métrites puerpérales, à condition de renouveler assez souvent le pansement; introduire seulement comme Polk une mince lanière ; ne bourrer l'utérus que si on recherche une action hémostatique. Les métrites aiguës blennorrhagiques pourraient être justiciables du drainage tubulaire.

6° *Métrite chronique.* — Lorsque la métrite est franchement septique — comme dans les cas de polype sphacélé, — il importe non seulement de drainer la cavité utérine, mais encore de fréquemment la nettoyer par des lavages antiseptiques. La gaze et surtout les tubes sont ici préférables.

Dans les cas de leucorrhée épaisse très abondante et d'écou-

lement muco-purulent (métrite blennorrhagique, etc.), les drains solides pourraient être insuffisants si on ne faisait pas précéder leur application d'un curettage préalable.

La métrite blennorrhagique relève plutôt des méthodes mixtes de tamponnement (Vulliet et gaze) au moment des crises. La tige d'aluminium, mise après curettage, a une action modérée qui peut être très utile.

Parmi les autres genres de métrite, s'agit-il de réveiller la tonicité du muscle utérin, ou d'exciter sa circulation dans les cas de régression incomplète, les crins de Chéron, ou même un drain moins irritant, sont indiqués; les métrites parenchymateuses à longue évolution réclament un traitement plus long; le procédé qui leur est le plus applicable, nous paraît être celui de M. Lanelongue, simple, bien toléré, ne demandant pas de surveillance spéciale.

Les métrites du col, avec ulcérations, ectropions, etc., se trouveraient bien du disque en celluloïde que Chéron a adapté à son anse de crin; le disque de Courtin devrait avoir un résultat analogue.

7° *Périmétrite.* — Le traitement de la périmétrite devra être souvent très prolongé; il ne demande pas au drain d'action très spéciale. L'usage de la tige d'aluminium sera encore ici des plus simples et des plus salutaires.

8° *Maladies inflammatoires des annexes.* — Les cas aigus comportent une irritabilité trop grande du péritoine pour tenter de leur opposer le drainage.

Les cas chroniques, sans collections enkystées rentrent, au point de vue du mécanisme de la guérison, — partant du traitement, — dans la catégorie des lésions chroniques parenchymateuses de l'utérus et du parametrium.

Les collections tubaires peuvent se vider spontanément sous l'influence du drainage; quelle que soit la cause du phéno-

mène, action réflexe sur la trompe, sur l'ostium utérinum, sur le muscle utérin, action directe mécanique sur l'orifice tubaire dans l'utérus, elle doit être provoquée. La méthode de M. Lanelongue offre pour cela toutes les conditions nécessaires.

Les pyosalpinx franchement diagnostiqués sont plutôt à réserver pour d'autres traitements.

9° *Troubles fonctionnels divers.* — Nous avons déjà parlé de l'aménorrhée. La dysménorrhée, et les diverses perturbations dans la quantité ou l'apparition des règles, symptômatiques d'une des affections déjà passées en revue, sont justiciables des mêmes traitements.

La stérilité, comme nous en avons montré plusieurs exemples, est heureusement modifiée par le drainage dans ses facteurs les plus habituels. Les succès dus à l'emploi de la tige d'aluminium sont des plus encourageants.

§ 2. Contre-indications

Longtemps le drainage, dans toutes ses formes, a été réservé au traitement des affections utérines simples où l'abondance et la nature spéciale des sécrétions paraissaient être les seuls obstacles à la guérison. Nous avons eu l'occasion de citer dans le chapitre II de la 1re partie, les opinions des premiers promoteurs du drainage qui se déclaraient franchement abstentionnistes dans les cas de salpingo-ovarite. En 1886, Reilhac rappelle ainsi dans sa thèse les conclusions de son maître Chéron : « On doit s'assurer avant tout de l'intégrité des annexes, et toutes les fois que les organes du petit bassin (ovaires, ligament large, tissu cellulaire, etc.), sont le siège d'une affection inflammatoire quelconque, il faut s'abstenir de toute manœuvre qui ne pourrait qu'être funeste... l'inflammation disparue, le drainage reprendra tous ses droits. »

Un peu plus tard, Bonnaire avait déjà beaucoup étendu les indications de la méthode, bien qu'il fît encore de nombreuses restrictions ; car il déconseille le drainage :

1° Dans le cas d'hémato-salpinx avec distension brusque et considérable des parois tubaires, où un surcroît d'hémorrhagie serait à redouter, au cas où des coagulations fibrineuses viendraient à faire bouchon au niveau des orifices tubaires ;

2° Dans les salpingites anciennes avec pelvi-péritonite et excrétion purulente dans le péritoine au niveau des pavillons ;

3° Dans la périmétrite aiguë où l'excitation utérine pourrait, au lieu de résolution, entraîner un surcroît d'inflammation du péritoine ;

4° Toutes les fois qu'il existe des collections séreuses ou purulentes soit dans le tissu cellulaire, soit dans des fausses membranes péritonéales, et par conséquent non susceptibles de se vider par les voies naturelles ;

5° Quand il existe des poussées fébriles.

Les secondes publications de Chéron renferment des considérations assez analogues à celles de Bonnaire. Nous avons dit que MM. Lefour et Lanelongue avaient eux aussi, dans le début de leur pratique, restreint l'usage de la tige d'aluminium au traitement des sténoses et flexions de l'utérus.

Dans la suite, comme le prouve la variété des quelques observations que nous avons rapportées, ils l'ont étendu à la presque totalité des affections inflammatoires utérines et péri-utérines. M. Lanelongue, notamment, en 1893 et 1894, a plutôt recherché les cas de métrite avec annexite et périmétrite en vue de les traiter par le drainage. Les résultats ont pleinement justifié cette conduite, puisqu'il a obtenu comme guérisons radicales une moyenne de 66 p. 100 dans les cas où les annexes et le paramétrium étaient sains, tandis que

cette proportion est bien plus élevée dans les cas de périmétrite et salpingo-ovarite où elle atteint 75 p. 100.

Il est bon, toutefois, d'user avec prudence du drainage dont l'action irritante, qui n'est pas à nier, peut être défavorable dans un certain nombre de cas :

1° Le soupçon d'une grossesse est une contre-indication formelle;

2° Une tumeur maligne au début pourrait, du fait de la présence d'un corps étranger dans l'utérus, recevoir une impulsion désastreuse; nous pensons donc qu'il faudrait ne pas employer le drain chez une femme voisine de la ménopause, ayant, par exemple, des signes douteux de carcinome utérin qui persisteraient après le curettage;

3° La tuberculose des organes génitaux, toujours difficile à déceler, ne saurait être bien influencée par le drainage. Exception faite pour la gaze iodoformée dans les cas très rares de lésions isolées du col ou du corps utérin, il faudrait s'abstenir, ou tout au moins surveiller les malades, en présence d'une tuberculose douteuse des annexes et du péritoine du petit bassin;

4° Les utérus très mous et friables dans les métrites puerpérales sont facilement perforés; il sera bon de leur réserver (si l'on veut employer le drainage), l'usage des mèches de gaze toujours introduites avec de grandes précautions;

5° Une irritabilité excessive de la matrice, surtout de la portion cervicale, pourrait rendre impossible l'application d'un drain; mais, en général, le curettage et au besoin l'amputation du col, en facilitent singulièrement la tolérance. Les badigeonnages à la cocaïne, les diverses préparations que l'on fait subir à l'utérus en vue de l'habituer à supporter un corps étranger, ne nous paraissent pas capables de favoriser aussi bien que ces opérations la tolérance des différentes variétés de drains;

6° Les salpingites kystiques, même sans poussées inflammatoires, si les poches collectées sont très tendues et en voie d'accroissement rapide, ne sont justiciables, croyons-nous, d'aucun des procédés de drainage. En particulier pour les hémato-salpinx, il faudrait craindre des accidents de rupture ;

7° Toute affection inflammatoire des annexes et du tissu cellulaire péri-utérin, qui s'accompagne de douleurs vives, de fièvre, etc., n'est pas en général sans intéresser tant soit peu le péritoine, ou tout au moins sans exagérer la sensibilité de cet organe ; en outre, au moment des poussées aiguës, l'utérus réagit trop facilement contre tous les corps étrangers; les simples explorations de l'organe sont très douloureuses, dangereuses même parfois. Dans ces conditions, le drainage ne saurait être recommandé. Les traitements antiphlogistiques ont ici la première place.

Nous ne croyons pas devoir suivre Bonnaire qui déconseille le drainage dans les périmétrites accompagnées de petites collections intercellulaires, ou incluses dans les fausses membranes.

En effet, quand même elles ne pourraient se vider par les voies naturelles, elles sont très susceptibles de disparaître spontanément comme le font des exsudats déjà organisés. Au reste, Doléris ne prétend-il pas que ces collections « périsalpingiennes » guérissent avec une grande facilité sous l'influence du simple repos? En réalité, de telles formations sont destinées à passer inaperçues le plus souvent ; bien différentes des kystes tubaires, elles ne sont pas soumises comme eux à l'influence des contractions musculaires que peut réveiller le drainage; nous pensons donc que dans tous les cas où il n'y aura ni fièvre, ni réaction péritonéale, le procédé ne saurait avoir qu'une heureuse influence dans les périmétrites chroniques.

CONCLUSIONS

I. — Préconisé en Amérique depuis 1876, introduit en France un peu plus tard, le drainage de l'utérus est entré depuis quelques années seulement dans le domaine courant des pratiques gynécologiques.

II. — Le drainage capillaire est préférable seulement dans les métrites septiques, certaines métrites hémorrhagiques, (gaze), et au besoin dans l'aménorrhée (pr. de Chéron).

III. — Les tubes malléables sont utiles dans les métrites chroniques où la désinfection fréquente de la cavité utérine est indispensable ; les tubes rigides pourraient avoir des indications plus étendues s'ils ne demandaient comme les méthodes précédentes des soins répétés.

IV. — Dans la méthode de M. le professeur Lanelongue, la tige assure un drainage parfait ; mais le disque a parfois amené un peu d'arrêt des sécrétions sur sa face supérieure et leur a communiqué une mauvaise odeur ; cet inconvénient qui peut être un danger chez des femmes qui ne prennent pas de précautions antiseptiques suffisantes, peut être dimi-

nué par les modifications apportées à la forme du disque fixateur.

V. — Cette méthode, très bien supportée (sauf les cas précédemment prévus), permet un traitement prolongé d'une application très facile.

VI. — Exception faite pour les métrites aiguës septiques et les métrites chroniques purulentes qui sont justiciables d'autres procédés, elle reste indiquée dans :

a) L'aménorrhée, la dysménorrhée et la stérilité.

b) Les sténoses et flexions utérines.

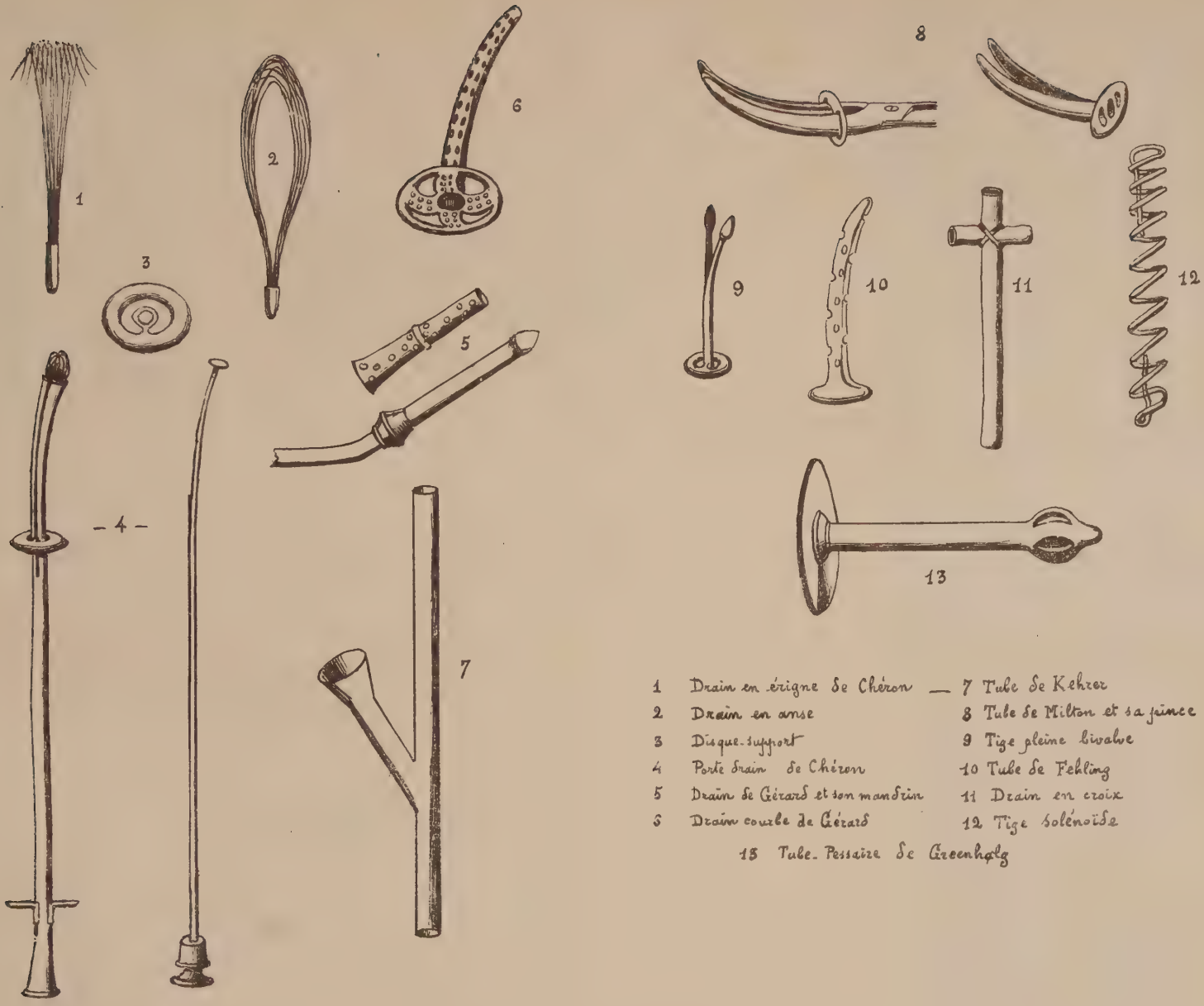
c) Les affections chroniques inflammatoires de l'utérus et de ses annexes, et les périmétrites.

Vu, bon à imprimer :
Bordeaux, le 21 mai 1895.
Le Président de la Thèse,
LANELONGUE

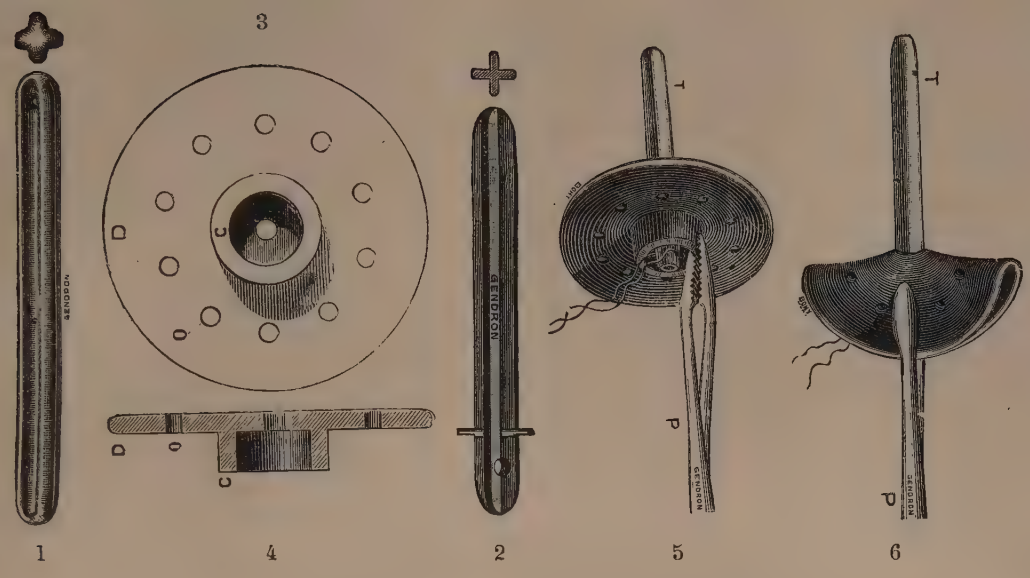
Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES

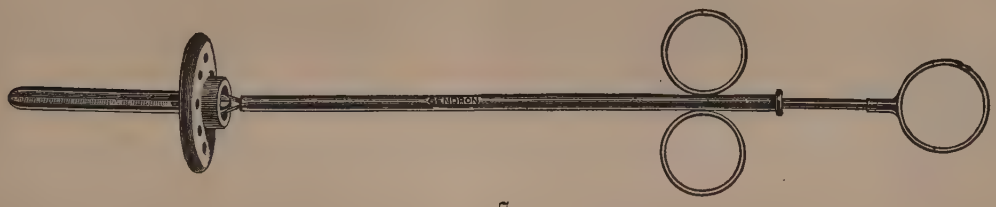
Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 mai 1895.
Le Recteur :
A. COUAT

Bordeaux. — Imprimerie P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.

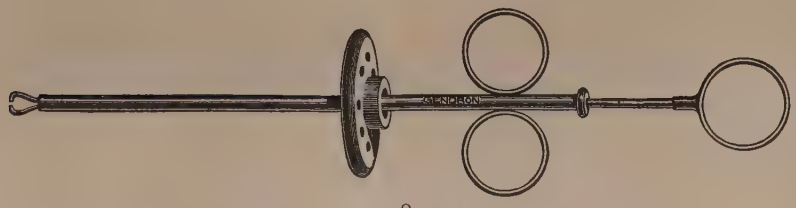


1 Drain en érigne de Chéron
2 Drain en anse
3 Disque-support
4 Porte drain de Chéron
5 Drain de Gérard et son mandrin
6 Drain courbe de Gérard
7 Tube de Kehrer
8 Tube de Milton et sa fiance
9 Tige pleine bivalve
10 Tube de Fehling
11 Drain en croix
12 Tige solénoïde
13 Tube-Pessaire de Greenhalg





7



8

9

1. — Tige du Dr Lefour.
2. — Tige modifiée par le Dr Rivière.
3. — Disque du Dr Courtin *(grand modèle)*.
4. — Le même vu en coupe.
5 et 6. — Disque et tige montés.
7 et 8. — Pince porte-drain de Rivière.
9. — Tube fenêtré du Dr Dubourg.